

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN
PADA Ny. D DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIAGNOSA
MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG FLAMBOYAN
RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA



Oleh :

NATHALIA WINDASARI, S.Kep

NIM.213.0106

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2022

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN
PADA Ny. D DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIAGNOSA
MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG FLAMBOYAN
RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

Diajukan untuk memperoleh gelar Ners (Ns.)
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya



Oleh :

NATHALIA WINDASARI, S.Kep

NIM.213.0067

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA

2022

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Juni 2022

Penulis

Nathalia Windasari, S.Kep.

NIM. 213.0106

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Nathalia Windasari, S.Kep.

NIM : 213.0106

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny. D Dengan Diagnosa Medis Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

Ners (Ns.)

Surabaya, 1 Juli 2022

Pembimbing I

Pembimbing II

Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes.
NIP. 04.015

Tri Darmi Herawati, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP.

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03.009

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 1 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Nathalia Windasari, S.Kep.

NIM : 213.0106

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny. D Dengan Diagnosa Medis Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ners (Ns.)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. (.....)

NIP. 03.007

Penguji II : Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. (.....)

NIP. 04.015

Penguji III : Tri Darmi Herawati, S.Kep., Ns., M.Kes. (.....)

NIP.

**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIP. 03.009

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 1 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya dan pembimbing yang telah tulus ikhlas bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini serta kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk menyelesaikan Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dukungan penuh mengenai wawasan serta upaya dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku penguji I yang telah memberikan masukan serta arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu Tri Darmi Herawati, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku penguji II yang telah memberikan masukan serta arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

6. Orang tua, adik beserta seluruh keluarga besar yang telah memberikan banyak doa, motivasi serta dukungan moral maupun moril kepada penulis selama menempuh pendidikan Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
7. Seluruh dosen, staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar selama perkuliahan.
8. Teman-teman se almamater Profesi Ners Angkatan 12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Tuhan Yang Maha Esa. Akhirnya peneliti berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Aamin.

Surabaya, 20 Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penulisan.....	2
1.4 Manfaat Penulisan.....	3
1.5 Metode Penulisan.....	4
1.6 Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Dasar Skizofrenia.....	6
2.1.1 Pengertian Skizofrenia.....	6
2.1.2 Proses Terjadinya Skizofrenia.....	6
2.1.3 Etiologi Skizofrenia.....	7
2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia.....	8
2.1.5 Jenis Skizofrenia.....	8
2.1.6 Pengobatan Skizofrenia.....	9
2.1.7 Penatalaksanaan Skizofrenia.....	9

2.2 Konsep Halusinasi.....	12
2.2.1 Pengertian Halusinasi.....	12
2.2.2 Jenis Halusinasi.....	12
2.2.3 Fase Halusinasi.....	13
2.2.4 Tanda dan Gejala Halusinasi.....	15
2.2.5 Faktor Penyebab Halusinasi.....	16
2.2.6 Rentang Respon Halusinasi.....	18
2.2.7 Penatalaksanaan.....	19
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran.....	21
2.3.1 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran.....	21
2.3.2 Pengkajian.....	21
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	27
2.3.4 Perencanaan.....	28
2.3.5 Implementasi.....	31
2.3.6 Evaluasi.....	31
2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik.....	32
2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik.....	32
2.4.2 Tahapan Komunikasi Terapeutik.....	33
2.4.3 Teknik Komunikasi Terapeutik.....	35
2.5 Literature Review.....	37
2.6 Proses Terjadinya Halusinasi Pendengaran.....	43
2.6.1 Web of Caution Halusinasi Pendengaran.....	43
BAB III TINJAUAN KASUS.....	44
3.1 Pengkajian.....	33
3.1.1 Identitas Klien.....	33
3.1.2 Alasan Masuk.....	33

3.1.3 Faktor Prediposisi.....	33
3.1.4 Pemeriksaan Fisik.....	34
3.1.5 Psikososial.....	34
3.1.6 Status Mental.....	35
3.1.7 Kebutuhan Pulang.....	37
3.1.8 Mekanisme Koping.....	38
3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan.....	38
3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang.....	39
3.1.11 Aspek Medis.....	39
3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan.....	40
3.1.13 Diagnosa Keperawatan Utama.....	40
3.2 Analisa Data.....	41
3.3 Pohon Masalah.....	42
3.4 Intervensi Keperawatan.....	43
3.5 Tindakan Keperawatan.....	46
BAB IV PEMBAHASAN.....	54
4.1 Pengkajian.....	54
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	55
4.3 Perencanaan.....	56
4.4 Tindakan Medis.....	57
4.5 Evaluasi.....	58
BAB V PENUTUP.....	59
5.1 Kesimpulan.....	59
5.2 Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA.....	61

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2 Fase Halusinasi.....	13
Tabel 2.5 Hasil Pencarian Literature Review.....	1
Tabel 3.2 Analisa Data.....	41
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan.....	43
Tabel 3.5 Tindakan Keperawatan.....	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Rentang Respon Halusinasi.....	19
Gambar 2.3 Pohon Masalah.....	28
Gambar 2.6 WOC Halusinasi Pendengaran.....	1
Gambar 3.3 Pohon Masalah.....	42

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPTK Hari ke – 1.....	62
Lampiran 1 SPTK Hari ke – 2.....	65
Lampiran 1 SPTK Hari ke – 3.....	67

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah orang yang mempunyai kemampuan untuk menyesuaikan diri pada lingkungan serta berintegrasi dan berinteraksi dengan baik, tepat dan bahagia (Menninger, 2015). Menurut Undang - Undang Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014, kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan diri sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu berkontribusi untuk komunitasnya. Seseorang yang sehat jiwa dapat menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, merasa bebas secara relatif dari ketegangan dan kecemasan, merasa lebih puas memberi daripada menerima. Angka penderita gangguan jiwa mengkhawatirkan secara global, sekitar 450 juta orang yang menderita gangguan mental. Orang yang mengalami gangguan jiwa sepertinya tinggal di negara yang berkembang, sebanyak 8 dari 10 penderita gangguan mental itu tidak mendapatkan perawatan.

Menurut Kaplan, Sadock & Grabb (2010) salah satu bentuk gangguan jiwa berat adalah Skizofrenia. Skizofrenia dapat didefinisikan sebagai suatu sindrom dengan variasi penyebab (banyak yang belum diketahui), dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Gejala serangan skizofreni dibagi menjadi dua, yaitu gejala positif dan negatif, salah satu gejala positifnya adalah halusinasi Yosep & Sutini (2014).

Halusinasi adalah salah satu gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi tentang suatu objek, gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar meliputi suara dan semua sistem penginderaan (pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, ataaau pengecapan (Fitria, 2009). Halusinasi yang paling sering ditemui, biasanya berbentuk pendengaran tetapi juga berupa halusinasi penglihatan, penciuman, dan perabaan.

Dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya. Pasien akan mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi. Pada situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homicide*), bahkan merusak lingkungan Hawari & Dadang (2009).

Peran perawat dalam menangani halusinasi di rumah sakit yaitu dengan menerapkan standar asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta mencakup penerapan strategi pelaksanaan halusinasi. Strategi pelaksanaan adalah penerapan standar asuhan keperawatan terjadwal yang diterapkan pada pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien menghardik halusinasi, bercakap - cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, melakukan aktivitas terjadwal untuk mencegah halusinasi, serta minum obat dengan teratur (Keliat & Akemat, 2010). Penerapan Asuhan keperawatan yang sesuai standar dapat membantu menurunkan tanda dan gejala halusinasi sebesar 14% (Wahyuni, Yuliet, Novita Elita & Veni 2011).

Dalam hal ini perlu adanya pemberian asuhan keperawatan jiwa dengan dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran melalui proses terapeutik yang membutuhkan kerjasama antara perawat dengan pasien, keluarga dan masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan optimal. Selain itu tim medis atau perawat dituntut menjalankan peran dan fungsinya secara optimal dalam mengatasi masalah ini.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama *Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran* pada Ny. D dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan dengan masalah utama *Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran* pada Ny. D dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan dengan masalah utama *Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran* pada Ny. D dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan dengan masalah utama *Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran* pada Ny. D dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Merumuskan rencana keperawatan dengan masalah utama *Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran* pada Ny. D dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan dengan masalah utama *Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran* pada Ny. D dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan dengan masalah utama *Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran* pada Ny. D dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dari segi akademis, menambah wawasan pengetahuan supaya perawat dan tenaga kesehatan lebih mengetahui dan meningkatkan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk perawatan yang lebih bermutu dan professional dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan masalah utama *Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran* dengan diagnosa medis *Skizofrenia*.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Praktisi Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan diagnosa medis Skizofrenia.

2. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pada Ny. D dengan diagnosa medis Skizofrenia.

1.5 Metode Penelitian

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan hingga evaluasi.

2. Teknk Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi dan respon pasien

c. Pemeriksaan

Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik pasien.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti; catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini menggunakan sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan masalah yang dibahas, dengan sumber seperti: buku, jurnal dan KTI yang relevan dengan judul penulis.

1.6 Sistematika Penelitian

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu : Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran serta daftar singkatan. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini : BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus. BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, konsep asuhan keperawatan pasien dengan masalah utama *Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran* pada Ny. D dengan diagnosa medis *Skizofrenia*. BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi fakta, teori dan opini penulis. BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka, motto dan persembahan serta lampiran-lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan diuraikan tentang konsep teoritis sebagai landasan dalam studi kasus yang meliputi : Konsep Skizofrenia, Konsep Halusinasi, dan Konsep Asuhan Keperawatan.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya perpecahan (*schism*) antara pikiran, emosi dan perilaku pasien yang terkena. Perpecahan pada pasien digambarkan dengan adanya gejala fundamental (atau primer) spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, khususnya kelonggaran asosiasi. Gejala fundamental lainnya adalah gangguan afektif, autism dan ambivalesi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi (Stuart, 2013).

Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu “Skizo” yang artinya retak atau pecah (*Split*), dan “Frenia” yang artinya Jiwa. Dengan demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*Splitting of personality*) Hawari & Dadang (2009).

2.1.2 Proses Terjadinya Skizofrenia

Di dalam otak terdapat milyaran sambungan sel. Setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. Sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut *neurotransmitters* yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke ujung sambungan sel yang lain. Di dalam otak yang terserang skizofrenia, terdapat kesalahan atau kerusakan pada sistem komunikasi tersebut.

Bagi keluarga dengan penderita skizofrenia di dalamnya, akan mengerti dengan jelas apa yang dialami penderita skizofrenia dengan membandingkan otak dengan telepon. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa gangguan

sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak klien dengan skizofrenia sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan yang dituju.

Skizofrenia terbentuk secara bertahap dimana keluarga maupun klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres dalam otaknya dalam kurun waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi skizofrenia yang tersembunyi dan berbahaya. Gejala yang timbul secara perlahan-lahan ini bisa saja menjadi skizofrenia akut. Periode skizofrenia akut adalah gangguan yang singkat dan kuat, yang meliputi halusinasi, penyesatan pikiran (delusi), dan kegagalan berpikir.

Kadang kala skizofrenia menyerang secara tiba-tiba. Perubahan perilaku sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau beberapa minggu. Serangan yang mendadak selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita mengalami gangguan seumur hidup, tapi banyak juga yang bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut. Kebanyakan didapati bahwa mereka dikucilkan, menderita depresi yang hebat, dan tidak dapat berfungsi sebagaimana layaknya orang normal dalam lingkungannya.

Dalam beberapa kasus, serangan dapat meningkat menjadi apa yang disebut skizofrenia kronis. Klien buas, kehilangan karakter sebagai manusia dalam kehidupan sosial, tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri (Yosep, 2011).

2.1.3 Etiologi Skizofrenia

Terdapat bukti yang kuat adanya komponen genetik, dengan meningkatnya jumlah penderita skizofrenia dan psikosis afektif pada keluarga penderita skizofrenia. Risiko berkembang menjadi penderita skizofrenia diperkirakan sebesar 50% pada seseorang yang memiliki saudara kembar monozigot yang menderita skizofrenia dan 15% pada kembar dizigot. Kajian adoptif menunjukkan bahwa keturunan penderita skizofrenia yang diadopsi keluarga lain akan memiliki peluang yang meningkat (sekitar 12%) menderita penyakit tersebut. Diperkirakan bahwa sejumlah gen yang mempengaruhi perkembangan otak memperbesar kerentanan menderita skizofrenia (Katona Cornelius, Claudia cooper & Mary Robbertson 2012)

2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu :

1) Gejala Positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat & otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Penderita skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya.

2) Gejala Negatif

Penderita skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat kalian menjadi orang yang malas. Karena penderita skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi penderita skizofrenia menjadi datar.

2.1.5 Jenis Skizofrenia

Jenis-jenis Skizofrenia dibagi menjadi tujuh jenis (Direja, 2011) yaitu:

- 1) *Skizofrenia simplek* yaitu dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- 2) *Skizofrenia hebefrenik* yaitu gejala utama gangguan proses pikir, gangguan kemauan, dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- 3) *Skizofrenia katatonik* yaitu dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- 4) *Skizofrenia paranoid* yaitu dengan gejala utama kecurigaan, yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.
- 5) *Episode skizofrenia akut* adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- 6) *Skizofrenia psiko-aktif*, yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- 7) *Skizofrenia residual* adalah skizofrenia dengan gejala – gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

2.1.6 Pengobatan Skizofrenia

Terapi awal dengan obat antipsikosis merupakan pengobatan utama untuk mengurangi gejala yang tidak menyenangkan dan berbahaya. Terapi ini pertama memerlukan obat penyekat dopamin seperti haloperidol, chlorpromazine, trifluoperazine, sulpride, dan pimozid. Beberapa obat tersebut hanya tersedia dalam bentuk sediaan oral, dan efek sedatif dan sifat ansietasnya beragam, begitu pula dengan efek sampingnya.

Terapi lanjutan – injeksi depot dengan efek lepas lambat yang stabil dalam waktu satu hingga empat minggu sangat bermanfaat. Obat tersebut meningkatkan kepatuhan, suatu masalah utama pada pasien dengan *insight* yang buruk.

Efek samping merupakan masalah umum, terutama yang melibatkan pergerakan. Benzodiazepine sangat berguna untuk mengobati masalah - masalah yang sering ditemukan seperti rangsangan atau ansietas yang berlebihan atau sulit tidur. Obat antipsikosis “atipikal” terbaru, seperti clozapine atau risperidone, memiliki kerja penyekat tambahan pada reseptor serotonin yang tampaknya mengurangi efek samping dan gejala negatif. Perkembangan obat yang lebih “bersih” tersebut merupakan salah satu aspek yang paling menarik dalam penatalaksanaan skizofrenia (Davies & Craig 2009).

2.1.7 Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Ikawati (2011), ada tiga fase pengobatan dan pemulihan skizofrenia yaitu :

1. Terapi Fase Akut

Pada pasien skizofrenia dengan fase akut akan menunjukkan gejala psikotik yang intensif. Biasanya pada fase ini ditandai dengan munculnya gejala positif dan negatif, fase yang negatif dapat membahayakan kehidupan pasien. Pengobatan pada fase ini bertujuan untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak akan membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Dengan menggunakan obat antipsikotik yang tepat dapat mengurangi gejala gangguan jiwa.

2. Terapi Fase Stabilisasi

Pada fase ini, pasien dengan skizofrenia masih memiliki gejala psikotik ringan. Fase ini tidak berdampak tidak terlalu membahayakan. fase ini pasien kemungkinan masih dapat kambuh sehingga membutuhkan terapi pengobatan rutin yang bertujuan menuju kesembuhan yang stabil.

3. Terapi Fase Pemeliharaan

Di fase ini pasien skizofrenia harus dilakukan tindakan terapi dalam jangka panjang dengan tujuan mempertahankan kesembuhan, mengontrol gejala-gejala yang timbul, mengurangi resiko kambuh, mengajarkan ketrampilan untuk hidup secara mandiri. Terapi ini meliputi obat-obatan, terapi suportif, pendidikan pada keluarga dan konseling. Terdapat terapi farmakologi maupun non farmakologi yang dapat dilakukan :

a) Terapi Non Farmakologis

Terdapat suatu pendekatan psikososial yang digunakan untuk mengobati skizofrenia. Intervensi. Bagaian dari perawatan yang komprehensif dapat meningkatkan kesembuhan. Didalam intervensi psikososial bertujuan untuk memberikan dukungan emosional pada pasien. Suatu pendekatan dan penerapan 13 intervensi psikososial dapat dilakukan ke pasien sesuai dengan keparahan penyakitnya.

b) *Program for Assertive Community Treatment (PACT)*

PACT merupakan suatu program dalam bentuk rehabilitasi yang terdiri dari manajemen kasus dan intervensi aktif oleh satu tim menggunakan pendekatan yang sangat terintegrasi. Program ini diperuntukkan khusus untuk pasien yang fungsi sosialnya buruk. Dari hasil sebuah penelitian membuktikan bahwa PACT lebih efektif untuk memperbaiki gejala, mempersingkat perawatan yang dilakukan di rumah sakit dan dapat memperbaiki kondisi kehidupan secara umum.

a) Intervensi Keluarga

Keluarga pasien harus selalu dilibatkan dalam penyembuhan pasien dikarenakan keluarha diharapkan untuk proses perawatan pasien yang

memerlukan Pendidikan, bimbingan serta dukungan guna untuk membantu mengoptimalkan peran pasien.

b) Terapi Perilaku Kognitif

Terapi ini dilakukan modifikasi terhadap keyakinan (delusi), difokuskan terhadap masalah keperawatan halusinasi penglihatan dan menormalkan pengalaman psikotik pasien sehingga mereka bisa tampil secara normal. Penelitian menunjukkan bahwa terapi perilaku efektif dapat mengurangi frekuensi dan keparahan gejala positif.

c) Terapi pelatihan keterampilan social

Terapi ini dapat diartikan sebagai penggunaan teknik perilaku atau kegiatan untuk pembelajaran yang memungkinkan dapat membuat pasien memenuhi tuntutan interpersonal, perawatan terhadap diri dan menghadapi tuntutan masyarakat. Memperbaiki kekurangan tertentu dalam fungsi sosial pasien merupakan tujuan dari terapi ini.

d) Terapi Elektrokonvulsif (ECT)

Pemilihan ECT digunakan untuk pengurangan gejala yang cepat, dan dikombinasi obat-obat antipsikotik dapat digunakan untuk pilihan bagi penderita skizofrenia terutama jika menginginkan perbaikan umum dan pengurangan gejala yang cepat.

e) Terapi Farmakologi

Terapi skizofrenia dibagi menjadi tiga tahap yakni terapi akut, *Benzodiazepin* biasanya digunakan dalam terapi akut. Penggunaan *Benzodiazepin* akan mengurangi dosis penggunaan obat antipsikotik. Terapi stabilisasi bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi serta perbaikan kebiasaan dan perasaan. Pengobatan pada tahap ini dilakukan dengan obat-obat antipsikotik. Dan pada terapi pemeliharaan bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Dosis pada terapi pemeliharaan dapat diberikan setengah dari dosis akut. Klozapin merupakan antipsikotik yang hanya digunakan apabila 15 psien mengalami resistensi terhadap antipsikotik yang lain.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Menurut Keliat (2007) halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, peraba atau penghidu. Halusinasi adalah persepsi sensori dari suatu objek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh paancaindra. Sedangkan menurut Yusuf (2015) halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Pasien gangguan jiwa mengalami perubahan dalam hal orientasi realistik. Salahsatu manifestasi yang muncul adalah halusinasi yang membuat pasien tidak dapat menjalankan pemenuhan dalam kehidupan sehari (Bakhtiar, 2015).

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara manusia, hewan atau mesin, barang, kejadian alamiah dan musik dalam keadaan sadar tanpa adanya rangsangan apapun. Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi-bunyian yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut (Agustina, 2017).

2.2.2 Jenis Halusinasi

Menurut (Stuart, 2005) membagi halusinasi menjadi 7 jenis halusinasi yang meliputi: halusinasi pendengaran (auditory), halusinasi penglihatan (visual), halusinasi pengecapan (gustatory), halusinasi perabaan (tactile), halusinasi kinestik, halusinasi canasthetics, halusinasi penghidu (olfactory). 6 Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran yang mencapai kurang lebih 70%, sedangkan halusinasi penglihatan mencapai urutan kedua dengan rata-rata 20%, sementara jenis halusinasi yang lain yaitu halusinasi pengecapan, penghidu, perabaan, kinestetik hanya meliputi 10% (Bakhtiar, 2015).

2.2.3 Fase Halusinasi

Tabel 2.2 Fase Halusinasi

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku Klien
<p>Fase I : <i>Comforting</i> Ansietas sedang. Halusinasi menyenangkan</p>	<p>Klien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut sehingga mencoba untuk berfokus pada fikiran menyenangkan untuk meredakan ansietasnya. Individu dapat mengenali bahwa fikiran-fikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat dikendalikan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai 2. Menggerakkan bibir tanpa suara 3. Pergerakan mata yang cepat 4. Resppon verbal yang lambat jika sedang asik 5. Diam dan asik sendiri
<p>Fase II : <i>Condemning</i> Ansietas berat. Halusinasi menjadi menjiikan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengalami sensori yang menjijikkan dan menakutkan 2. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. 3. Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatnya tanda-tanda system syaraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah 2. Rentang perhatian menyempit 3. Asik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan antara halusinasi dengan realita 4. Menyalahkan 5. Menarik diri dari orang lain

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mulai merasa kehilangan kontrol 5. Tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan perasaan antisipasi 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja
<p>Fase III: <i>Controlling</i> Ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi berkuasa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut 2. Isi halusinasi menjadi menarik 3. Klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemauan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti 2. Kesukaran berhubungan dengan orang lain 3. Rentang perhatian hanya beberapa detik dan menit 4. Adanya tanda-tanda fisik ansietas berat: berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah 5. Isi halusinasi menjadi atraktif 6. Perintah halusinasi menjadi atraktif
<p>Fase IV: <i>Conquering</i> Panik, umumnya menadi melebur dalam halusinasinya</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasinya 2. Halusinasinya berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku eror akibat panic 2. Potensi kuat suicide atau homicide 3. Aktifitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, atau katatonik 4. Tidak mampu merespon perintah yang kompleks

		<p>5. Tidak mampu merespon lebih dari satu orang</p> <p>6. Agitasi atau katatonik</p>
--	--	---

2.2.4 Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Hamid (2000), perilaku klien yang terkait dengan halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Bicara sendiri
2. Senyum sendiri
3. Ketawa sendiri
4. Menggerakkan bibir tanpa suara
5. Pergerakan mata yang cepat
6. Respon verbal yang lambat
7. Menarik diri dari orang lain
8. Berusaha untuk menghindari orang lain
9. Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata
10. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah
11. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik
12. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori
13. Sulit berhubungan dengan orang lain
14. Ekspresi muka tegang
15. Mudah tersinggung, jengkel, dan marah
16. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat Tampak tremor dan berkeringat
17. Perilaku panic
18. Agitasi dan kataton

19. Curiga dan bermusuhan
20. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan
21. Ketakutan
22. Tidak mengurus diri
23. Biasa terdapat disorientasi, waktu, tempat dan, orang

2.2.5 Faktor Penyebab Halusinasi

a. Faktor Predisposisi

Menurut Yosep (2014) faktor predisposisi klien dengan halusinasi di bagi 5 faktor :

1) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamin.

4) Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif.hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua schizophrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan

bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor Presipitasi

Menurut (Rawlins dan Heacock 1993, dikutip dari buku yosep 2014) mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosiospiritual. Sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu :

1) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol, dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

2) Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi, isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut

3) Dimensi intelektual

Dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

4) Dimensi social

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di dalam bersosialisasi didalam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya , seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi

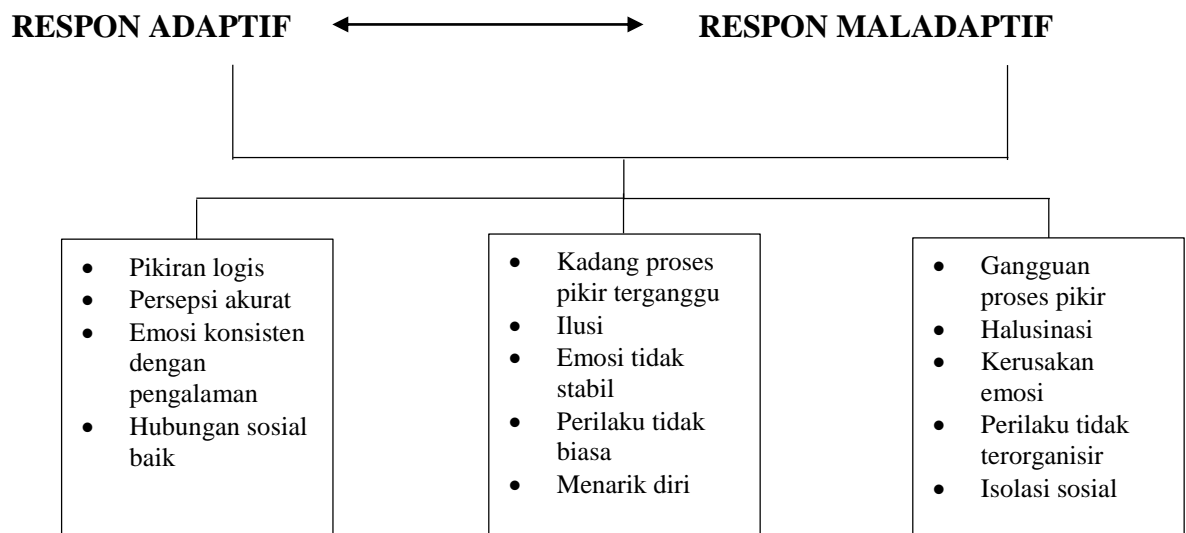
berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dengan halusinasi tidak berlangsung.

5) Dimensi spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas, tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyesuaikan diri karena tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya, ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.2.6 Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata.



Gambar 2.2 Rentang Respon Halusinasi

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dibagi menjadi 2 yaitu penatalaksanaan Farmakologi dan Non Farmakologi.

Penatalaksanaan Keperawatan Farmakologi menurut Rasmun (2009) antara lain :

1. Clorparomazine

a) Indikasi

Kesadaran diri terganggu, daya nilai normal sosial tilik diri terganggu, berdaya berat dalam fungsi mental : waham, halusinasi, gangguan perasaan dan perilaku yang aneh atau tidak terkendali, berdaya berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari, tidak mampu bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin.

b) Mekanisme Kerja

Memblokade dopamina pada reseptor paska sinap di otak khususnya sistem ekstrapiramidal.

c) Efek Samping :

- Sedasi (penenang)
- Gangguan otonomik (hipotens, anti kolinergik), mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meninggi, gangguan irama jantung)
- Gangguan ekstrapiramidal (*dystonia akut, akatshia, sindrom Parkinson tremor, brodikisenia, rigiditas*)
- Gangguan endoktrin (*amanorhoe, ginekomasti*)
- Metabolik
- Hematologik (pendarahan) biasanya untuk pemakai jangka panjang.

2. Halloperidol

a) Indikasi

Berdaya berat dalam kemampuan menilai realita dalam fungsi netral serta dalam fungsi kehidupan sehari-hari

b) Mekanisme Kerja

Obat ini anti psikosis dalam memblokade dopamina pada reseptor paska sinaptik neuron di otak khususnya sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal

c) Efek Samping :

- Sedasi dan Inhibisi psikomotor
- Gangguan otonomik (hipotensi, anti kolinergi, mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meninggi, gangguan irama jantung)

3. Trihexyphenidil

a) Indikasi

Segala jenis penyakit Parkinson, termasuk pasca enzepalitis dan idiopatik, sindrom Parkinson akibat obat misalnya reserpine dan fenotiazine

b) Mekanisme Kerja

Sinergis dengan kinidine, obat anti depresen trisiklin dan antikolinergik lainnya

c) Efek Samping

Mulut kering, penglihatan kabur, pusing, mual, muntah, bingung, agitasi, konstipasi, takhikardi, dilatasi, ginjal, retensi urine.

Penatalaksanaan Keperawatan Non Farmakologi pada pasien halusinasi menurut (Keliat & Akemat, 2010) yaitu :

- 1) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Kognitif/ Persepsi klien dilatih mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi klien di evaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dengan proses ini, diharapkan respon terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif. Aktifitas berupa stimulus dan persepsi. Stimulus yang disediakan yaitu membaca artikel atau majalah, membaca buku, puisi, menonton acara TV (ini merupakan stimulus yang disediakan), stimulus dari pengalaman masa lalu yang menghasilkan proses persepsi klien yang maladaptive atau destruktif misalnya kemarahan, kebencian, putus hubungan, pandangan negatif pada orang lain dan halusinasi. Kemudian persepsi klien dilatih terhadap stimulus.
- 2) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Sensori
Aktivitas digunakan sebagai stimulus pada sensori klien. Kemudian di observasi reaksi sensori klien terhadap stimulus yang disediakan, berupa ekspresi perasaan secara nonverbal (ekspresi wajah dan gerakan tubuh). Biasanya klien yang tidak

mau mengungkapkan komunikasi verbal akan terstimulasi emosi dan perasaanya, serta menampilkan respon. Aktivitas yang digunakan sebagai stimulus adalah music, seni menyanyi, menari. Jika hobi klien diketahui sebelumnya, dapat dipakai sebagai stimulus, misalnya lagu kesukaan klien dapat digunakan sebagai stimulus

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran

2.3.1 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran

Proses keperawatan menjelaskan bagaimana perawat mengelola asuhan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. Saat ini proses keperawatan dijelaskan sebagai proses siklik lima bagian yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Damaiyanti dan Iskandar, 2012)

2.3.2 Pengkajian

1. Data identitas

Data identitas meliputi nama pasien penanggung jawab pasien, pekerjaan, umur, alamat, tanggal pengkajian serta diagnosa medis (Nasir dan Muhith, 2011).

2. Keluhan utama / Alasan masuk

Pasien dengan halusinasi penglihatan biasanya terjadi gejala ketakutan yang tidak jelas, menunjuk-nunjuk kearah tertentu seperti melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada, ada pengalaman yang tidak menyenangkan dan dialami oleh pasien dan ada riwayat putus obat atau berhenti minum obat.

3. Faktor predisposisi

Pasien dengan halusinasi penglihatan apakah ada gangguan jiwa di masa lalu, apakah pernah melakukan mengalami dan menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal, adanya keluarga yang menderita gangguan jiwa dan adanya riwayat penyakit, dan trauma kepala.

4. Riwayat penyakit dahulu

Apakah pada pasien terdapat riwayat trauma kepala dan infeksi.

5. Pemeriksaan fisik

Menurut Herman (2011), yang dapat dilakukan untuk pemeriksaan fisik pada pasien yang mengalami gangguan jiwa yaitu :

- a. Terjadinya peningkatan Tekanan Darah, denyut nadi yang meningkat, pernafasan meningkat jika terjadi kecemasan.
- b. Adanya penurunan berat badan.
- c. Pasien mengalami keluhan pada fisik yaitu kelemahan otot, nyeri atau kaku pada persendian, serta adanya kecacatan.

6. Psikososial

Menurut Herman (2011), pengaruh terjadinya skizofrenia terhadap masalah psikososial yaitu :

a. Genogram

Dapat digambarkan tentang silsilah keluarga pasien minimal 3 generasi dan dikaji apakah ada riwayat keturunan gangguan jiwa.

b. Konsep diri

- 1) Gambaran tentang diri atau citra tubuh, apakah didapati ada anggota tubuh yang tidak disukai misal, pada bagian hidungnya yang pasien tidak menyukainya karenatidak mancung. Dan juga apakah ada bagian tubuh yang membuat pasien tidak percaya diri dan dapat mengganggu hubungannya dengan orang lain.
- 2) Identitas diri tidak jelas, apakah pasien dengan masalah keperawatan tidak puas dengan jenis kelaminnya.
- 3) Peran, apakah ada perilaku sosial pasien yang tidak diterima oleh masyarakat, ketidakmampuan menjalankan peran
- 4) Ideal diri berisikan tentang harapan pasien tentang tubuh, posisi, status, tugas dan fungsi, serta harapan pasien terkait dengan sekolahnya, pekerjaannya, keluarganya terhadap penyakitnya dan terhadap cita-citanya.
- 5) Harga diri berisikan bagaimana hubungan pasien dengan orang lain terkait kondisi gambaran diri, identitas diri, peran serta ideal diri.

7. Hubungan social

Pada hubungan perawat menanyakan kepada pasien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau dorongan. Biasanya pasien tidak mempunyai tempat untuk mengadu dan bicara.

8. Spiritual

Perawat menanyakan tentang kegiatan ibadah yang diikuti pasien.

9. Pemeriksaan status mental

a. Penampilan

Penampilan fisik bisa terlihat langsung dari pasien, tentang bagaimana kondisi rambut, kuku, kulit, gigi, cara berpakaian dan lain-lain.

b. Karakteristik gaya bicara

Pembicaraan pasien dapat di lihat dari kegiatan wawancara dengan pasien apakah pasien berbicara tepat, keras, gagap, membisu, apatis atau lambat, berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat yang lain atau bicara kacau.

c. Alam perasaan

Perasaan pasien dapat dilihat saat melakukan wawancara dengan pasien apakah pasien mempunyai perasaan sedih, merasa putus asa, adanya ketakutan terhadap suatu hal, bahkan terdapat kecemasan, dan merasa tidak mempunyai harapan tentang kehidupan.

d. Afek

Perawat dapat mengetahui kondisi pasien ketika datar yaitu tidak ada perubahan roman muka saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan. Tumpul yaitu hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat, labil yaitu emosi yang cepat berubah ubah, tidak sesuai, bertentangan dengan stimulus yang ada.

e. Interaksi selama wawancara

Pasien dapat dilihat saat wawancara apakah pasien saat wawancara tidak kooperatif, bermusuhan, mudah untuk tersinggung, curiga dengan orang lain, kontak mata berkurang tidak mampu menatap lawan bicara.

f. Persepsi

Gangguan persepsi seperti halusinasi mengenai diri pasien maupun lingkungan yang pernah dialami dan isi dari halusinasi tersebut harus dijelaskan seperti jenis halusinasi, isi halusinasi, situasi dari halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, perasaan, serta respon pasien saat halusinasi itu muncul (Nurhalimah, 2016).

g. Proses pikir

Seorang pasien dapat menunjukkan cara berpikir yang lambat. Juga dapat mengalami blocking yaitu ketidakmampuan dalam mengingat apa yang telah atau yang ingin dikatakan atau pembicaraan berhenti tiba-tiba, sirkumstansial adalah mengemukakan suatu ide pasien menyertai banyak detail yang tidak relevan dan komentar tambahan namun pada akhirnya kembali ke ide semula dengan kata lain pembicaraan yang berbelit-belit tetapi sampai tujuan, kehilangan asosiasi merupakan pembicaraan yang tidak memiliki hubungan antara kalimat satu dengan lainnya tetapi pasien tidak menyadari.

h. Isi pikir

Isi pikir mengarah pada apa yang dipikirkan seseorang. Genogram isi pikir dapat berupa waham, obsesi, depersonalisasi, fobia, hipokondria, ide yang terkait dan pikir magis. Obsesi merupakan pikir yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya. Fobia merupakan ketakutan yang patologis. Hipokondria yaitu keyakinan terhadap adanya gangguan dalam organ tubuh tetapi sebenarnya tidak ada. Depersonalisasi merupakan perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Ide yang terjadi dilingkungan, bermakna, dan terkait pada dirinya. Pikiran magis yaitu khayalan pasien tentang kemampuannya untuk melakukan hal hal yang mustahil atau diluar kemampuannya.

i. Tingkat kesadaran

Biasanya pasien tampak bingung dan kacau, stupor adalah gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan berulang-ulang, anggota tubuh pasien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama tetapi pasien menyadari

semua yang terjadi dilingkungan, sedasi yaitu pasien mengatakan bahwa ia merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar.

j. Memori

Data diperoleh dari wawancara dengan pasien, apakah pasien tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari 1 bulan atau mengalami gangguan daya ingat jangka Panjang, apakah pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam waktu 1 minggu terakhir atau gangguan daya ingat jangka pendek, dan apakah pasien dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi atau gangguan daya ingat saat ini, atau pasien mengalami konfabulasi atau pembicaraan tiak sesuai dengan kenyataan.

k. Tingkat konsentrasi dalam berhitung

Bagaimana konsentrasi pada pasien apakah mudah untuk dialihkan, ketidakmampuan dalam berkonsentrasi, serta apakah pasien tidak mampu berhitung.

l. Kemampuan penilaian

Gangguan kemampuan penilaian ringan yaitu dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain sebagai contoh 26 memberikan kesempatan pasien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi.

m. Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan

Kemampuan dalam menyiapkan makanan, makan dan membersihkan alat-alat makan, kemampuan pasien dalam menempatkan alat makan dan minum apakah dilakukan secara mandiri, bantuan minimal atau bantuan total.

b) Defekasi atau berkemih

Kemampuan pasien dalam mengontrol untuk BAB/BAK ditempatnya yang sesuai serta membersihkan WC, membersihkan diri dan merapikan pakaian, apakah pasien melakukan dengan mandiri, bantuan minimal dan bantuan total.

- c) Mandi
Kemampuan pasien untuk mandi, sikat gigi, keramas, gunting kuku, secara mandiri, bantuan minimal atau bantuan total.
- d) Berpakaian
Kemampuan mengambil, memilih memakai pakaian dan frekuensi ganti baju apakah dilakukan pasien secara mandiri, bantuan minimal, bantuan total.
- e) Istirahat dan tidur
Kemampuan untuk tidur adanya gangguan tidur dengan bantuan obat atau tidak, kemampuan pasien dalam menempatkan waktu istirahat, termasuk merapikan sprei selimut bantal apakah dilakukan pasien secara mandiri atau tidak dengan bantuan minimal atau dengan bantuan total.
- f) Penggunaan obat
Frekuensi jenis, dosis, waktu dan cara pemberian diawasi dan dibimbing perawat atau tidak.
- g) Pemeliharaan kesehatan
Hal ini dapat ditanyakan langsung kepada pasien yang menderita gangguan jiwa dan keluarga pasien tentang perawatan lanjutan dan sistem pendukung yang telah dimiliki.
- h) Aktivitas di dalam rumah
Dikaji apakah Pasien mampu untuk menyajikan makanan, merapikan kamar, mencuci pakaian sendiri, dan mengatur kebutuhan sehari-hari dilakukan secara mandiri atau tidak dilakukan dengan bantuan minimal atau bantuan total.
- i) Aktivitas di luar rumah
Apakah pasien mampu untuk belanja kebutuhan sehari-hari, melakukan perjalanan mandiri serta aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah dengan bantuan minimal, bantuan total atau dilakukan secara mandiri.

j) Mekanisme koping

Ketika menghadapi masalah, tekanan dan peristiwa traumatik yang hebat, apa yang dilakukan pasien dalam menyelesaikan masalah tersebut pasien bercerita dengan orang lain (asertif), diam (represi/supresi), menyalahkan orang lain (sublimasi), mengamuk atau merusak alat-alat rumah tangga (displacement), mengalihkan kegiatan yang bermanfaat (konversi), memberikan alasan yang logis (rasionalisasi), mundur ketahap perkembangan sebelumnya (regresi), dialihkan obyek lain seperti memarahi tv, memarahi tanaman atau binatang (proyeksi).

k) Masalah psikososial dan lingkungannya

Adanya penolakan dilingkungan tempat tinggal atau masyarakat, adanya penolakan ditempat kerja atau sekolah, adanya penolakan dari keluarga terhadap pasien, tinggal di keluarga yang berada dibawah garis kemiskinan.

l) Aspek pengetahuan

Bagaimana tentang pemahaman pasien terhadap penyakit yang dideritanya, tanda dan gejala kekambuhan obat yang di minum dan cara menghindari kekambuhan, pemahaman tentang kesembuhan, pemahaman tentang sumber koping yang adaptif, pemahaman tentang manajemen hidup sehat.

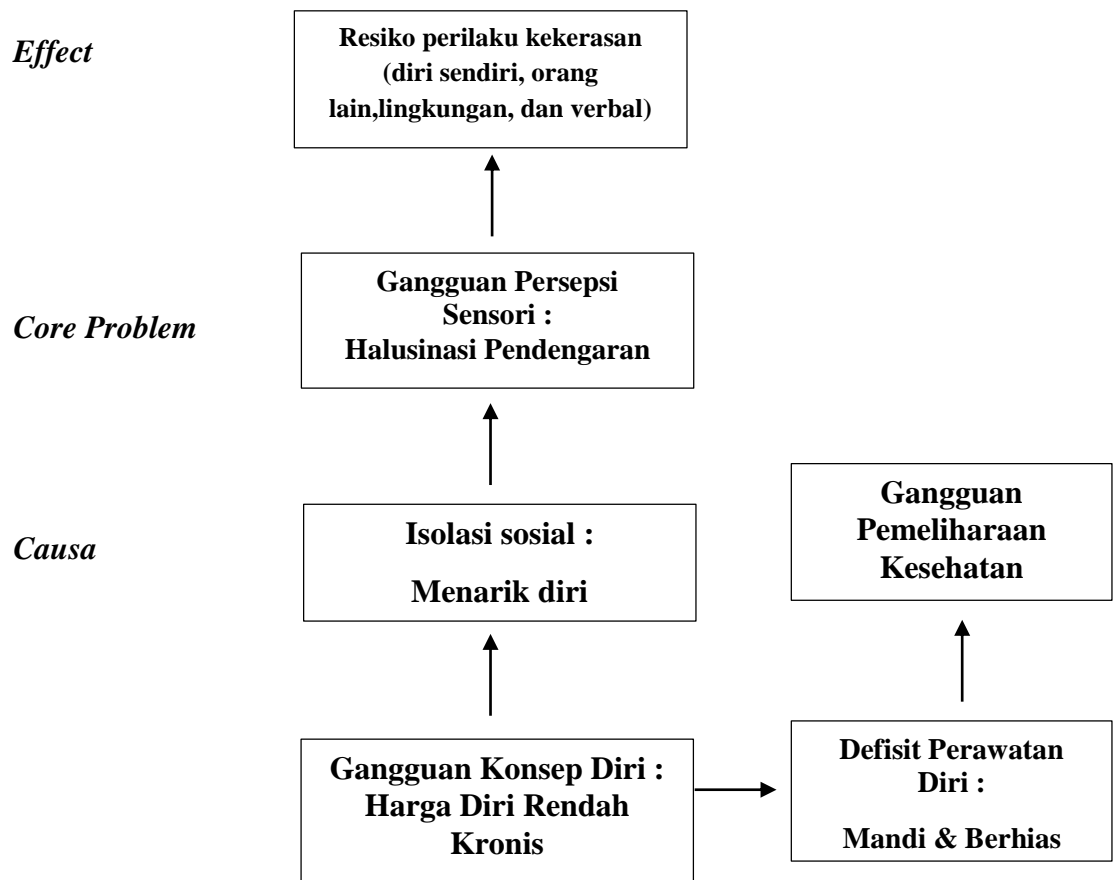
m) Aspek medic

Peneliti dapat menuliskan diagnosa medis yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat. Serta tuliskan obat-obat yang di dapatkan oleh pasien saat ini, baik obat fisik maupun psikofarma dan terapi lain.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah, 2012).

Pohon masalah klien dengan halusinasi :



Gambar 2.3 Pohon Masalah

Diagnosa keperawatan menurut Iyus Yosep yaitu :

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan
3. Isolasi sosial
4. Harga diri rendah kronis

2.3.4 Perencanaan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian atau pengalaman praktik. Rencana tindakan disesuaikan dengan standart asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Keliat, 2005).

1. SP 1 pasien :

- a. Membina hubungan saling percaya.
- b. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.
- c. Mengidentifikasi isi halusinasi klien.
- d. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien.
- e. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien.
- f. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- g. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi
- h. Mengajarkan klien menghardik halusinasi.
- i. Mengajarkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria Hasil :

Klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa sayang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menjawab salam, mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi

- a) Klien menyebutkan : waktu, isi, dan frekuensi situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, serta respon dari halusinasi
- b) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik
- c) Klien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian

2. SP 2 pasien :

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b) Melatih mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
- c) Mengajarkan klien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian.

Kriteria hasil :

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

3. SP 3 pasien :

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien)
- c) Menganjurkan klien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria hasil :

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.

4. SP 4 pasien :

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b) Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur
- c) Menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria hasil :

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat dan klien dapat menyebutkan nama/ jenis obat, warna obat, waktu obat diminum, fungsi obat dan efek samping obat yang diminum.

5. SP 1 keluarga :

- a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta proses terjadinya halusinasi
- c) Menjelaskan cara merawat klien dengan keluarga

Kriteria hasil :

Keluarga mengetahui mengetahui penyakit yang diderita oleh klien dan keluarga mengerti tentang pengertian, jenis, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi dan keluarga juga mengerti tentang bagaimana cara merawat klien dengan halusinasi

6. SP 2 keluarga :

- a) Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi
- b) Memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien halusinasi secara langsung dihadapan klien

Kriteria hasil :

Keluarga mampu merawat lansung klien dengan halusinasi

7. SP 3 Keluarga

- a) Membantu keluarga membentuk jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat
- b) Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang

Kriteria hasil :

Keluarga mampu melanjutkan jadwal aktifitas klien selama di rumah sakit jika sudah pulang ke rumah.

2.3.5 Implementasi

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai oleh keadaan klien saat ini (*her and now*). Pada saat akan melaksanakan tindakan perawat membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien (Keliat, 2005)

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAP (Keliat, 2005) sebagai pola pikir yaitu :

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan “ Bagaimana perasaan ibu setelah latihan nafas dalam ?”

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

A : Analis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat.

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Perawat merupakan sebuah komponen penting dalam proses keperawatan yang dituntut mampu berkomunikasi dengan baik. Komunikasi dalam suatu proses keperawatan, komunikasi merupakan alat bagi perawat untuk dapat mempengaruhi tingkah laku dari pasien dalam pelaksanaan pelaksanaan asuhan keperawatan. Dalam memberikan asuhan keperawatan komunikasi terapeutik dapat berperan penting dalam pemecahan masalah pasien.

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang terjalin dengan baik, komunikatif dan bertujuan untuk menyembuhkan atau setidaknya dapat melegakan

serta dapat membuat pasien merasa nyaman dan akhirnya mendapatkan kepuasan (Yubiliana, 2017). Komunikasi terapeutik merupakan suatu hubungan perawat dengan pasien yang dirancang untuk mencapai tujuan therapy dalam pencapaian tingkat kesembuhan yang optimal dan efektif dengan harapan lama hari rawat pasien menjadi pendek dan dipersingkat. Perawat dituntut untuk melakukan komunikasi terapeutik dalam tindakan keperawatan agar pasien dan keluarga mengetahui tindakan yang akan dilakukan kepada pasien melalui tahapan-tahapan dalam komunikasi terapeutik. Perawat tidak boleh bingung dan sebaliknya pasien harus merasa bahwa dia merupakan focus utama perawat selama melakukan interaksi (Muhith & Siyoto, 2018).

2.4.2 Tahapan Komunikasi Terapeutik

Menurut (Stuart dikutip dalam Musliha & Fatmawati, 2009), komunikasi terapeutik terdiri dari empat tahapan, yaitu :

1. Tahap Pre-interaksi

Tahap ini merupakan tahap persiapan perawat sebelum bertemu dan berkomunikasi dengan pasien. Perawat perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang dimiliki. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri, dengan analisa diri perawat akan dapat memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik ketika bertemu dan berkomunikasi dengan pasien, jika dirasa dirinya belum siap untuk bertemu dengan pasien maka perawat perlu belajar kembali dan berdiskusi dengan teman kelompok yang lebih berkompeten. Pada tahap ini juga perawat mencari informasi dan mengumpulkan data, sebagai dasar atau bahan untuk membuat rencana interaksi.

2. Tahap Orientasi/Perkenalan

Tahap ini dimulai ketika perawat bertemu pasien untuk pertama kalinya. Pada tahap ini digunakan oleh perawat untuk berkenalan dan langkah awal membina hubungan saling percaya dengan pasien. Tugas-tugas perawat dalam tahap ini adalah mampu membina hubungan saling percaya dengan pasien dan menunjukkan komunikasi terbuka dan sikap penerimaan. Untuk dapat membina hubungan saling percaya dengan pasien, perawat harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima pasien, menghargai pasien dan mampu

menepati janji kepada pasien. Selain itu perawat harus merumuskan suatu kontrak bersama dengan pasien. Kontrak yang harus dirumuskan dan disetujui bersama adalah tempat, waktu dan topik pertemuan. Perawat juga bertugas untuk menggali perasaan dan pikiran pasien serta dapat mengidentifikasi masalah pasien.

3. Tahap Kerja

Tahap merupakan inti dari hubungan perawat dengan pasien dalam keseluruhan tahap komunikasi terapeutik. Pada tahap ini perawat bersama dengan pasien mengatasi masalah yang dihadapi oleh pasien. Perawat dituntut untuk mampu membantu dan mendukung pasien dalam menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisa pesan komunikasi yang telah disampaikan pasien melalui komunikasi verbal maupun nonverbal. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah ditetapkan.

4. Tahap Terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap akhir dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Perawat bersama pasien diharapkan mampu meninjau kembali kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuannya.

2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Terdapat beberapa karakteristik dalam komunikasi terapeutik perawat, seperti :

1. Openness

Reaksi pengaturan penyingkapan diri pada orang lain melalui pikiran dan perasaan.

2. Empathy

Perasaan seperti yang orang lain rasakan.

3. Supportiveness

Menjelaskan dan menyanjung atau mendukung.

4. Positiveness

Ekspresi diri dalam menilai perilaku positif terhadap diri, orang lain dan situasi.

5. Equality

Pengakuan, antar bagian (komunikator-komunikan) dalam membagi fungsi komunikasi, ada pergantian fungsi (simultan).

2.4.4 Teknik Komunikasi Terapeutik

Menurut (Machfoedz, 2009) terdapat beberapa teknik komunikasi terapeutik, sebagai berikut :

1. Mendengarkan

Perawat harus berusaha mendengarkan informasi yang disampaikan oleh pasien dengan penuh empati dan perhatian. Hal tersebut dapat ditunjukkan dengan memandang ke arah pasien selama melakukan komunikasi, menjaga kontak pandang yang menunjukkan rasa keingintahuan, dan menganggukkan kepala pada saat berbicara tentang hal yang dirasa penting dan memerlukan umpan balik. Teknik mendengarkan ini dimaksudkan untuk memberikan rasa nyaman kepada Pasien dalam mengungkapkan perasaan dan menjaga kestabilan emosi pasien.

2. Menunjukkan Penerimaan

Dalam hal ini perawat sebaiknya tidak menunjukkan ekspresi wajah yang menunjukkan penolakan. Selama pasien berbicara sebaiknya perawat tidak menyela atau membantah pernyataan pasien, sebab menerima bukan berarti menyetujui, melainkan bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan ketidaksetujuan atau penolakan. Untuk menunjukkan sikap penerimaan perawat dapat menganggukkan kepala dalam merespon pembicaraan pasien.

3. Mengulang Pernyataan

Pasien Perawat memberikan umpan balik kepada pasien dengan cara mengulang pernyataan pasien. Hal tersebut dapat menunjukkan bahwa perawat mengikuti pembicaraan pasien. Sehingga Pasien mengetahui bahwa pesannya mendapat respon dan berharap komunikasi dapat berlanjut.

4. Klarifikasi

Klarifikasi diperlukan untuk memperoleh kejelasan dan kesamaan ide, perasaan, dan persepsi.

5. Menunjukkan Penghargaan

Penghargaan kepada pasien dapat ditunjukkan dengan mengucapkan salam kepada pasien, terlebih disertai menyebutkan nama. Dengan demikian pasien akan lebih merasa keberadaannya dihargai.

6. Refleksi

Reaksi yang muncul saat berkomunikasi antara perawat dan pasien disebut refleksi. Refleksi dibedakan menjadi dua klasifikasi :

- a. Refleksi isi yang bertujuan menandakan sesuatu yang didengar. Klarifikasi ide yang diungkapkan oleh pasien dan pemahaman perawat tergolong dalam refleksi isi.
- b. Refleksi perasaan bertujuan agar pasien dapat menyadari eksistensi sebagai manusia yang mempunyai potensi sebagai individu yang berdiri sendiri.

2.5 Literature Review

Tabel 2.5 Hasil Pencarian Literature Review

No.	Judul, Penulis, dan Tahun Terbit	Jenis Penelitian	Desain	Sampel	Variabel Yang Diukur	Instrumen	Analisis Uji	Hasil Temuan
1	Efektivitas Terapi Musik Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pendengaran Pada Psien Gangguan Jiwa Di Eumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Dian Anggri Yanti, Abdi Lestari Sitepu, Kuat Sitepu, Pitriani, Wina Novita Br. Purba	Penelitian Kuantitatif menggunakan metode Terapi Musik	Pendekatan Eksperimen Semu (Quasy Experiment)	22 Responden	1. Terapi Musik 2. Pasien dengan Gangguan Jiwa Halusinasi Pendengaran	Pengumpulan data menggunakan pendekatan one grup pre test dan post test melalui terapi musik	Uji Paired Sample T-Test	Dari hasil uji pre dan post test pada terapi musik membuktikan adanya pengaruh terhadap pasien dengan gangguan jiwa halusinasi pendengaran, penurunan tingkat halusinasi pendengaran dengan nilai 0,000 ($p < 0.05$)
2	Pengaruh Terapi Okupasi Terhadap Gejala Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Halusinasi Pendengaran	Penelitian Kuantitatif menggunakan metode Terapi Okupasi	Desain Quasi Eksperimen Pre – Post Test without control group	27 Responden	1. Terapi Okupasi 2. Pasien dengan Gangguan Jiwa Halusinasi Pendengaran	Pengumpulan data pre dan post test menggunakan lembar observasi	Dependent T-Test	1. Sebelum dilakukan Terapi Okupasi atau pre test sebanyak 13 dari 27 responden mengalami halusinasi pendengaran berat (48,1 %), dan

	<p>Rawat Inap Di Yayasan Aulia Rahma Kemiling Bandar Lampung</p> <p>Niken Yuniar Sari, Budi Antoro, Niluh Gede Pita Setevani</p>					<p>meliputi isi halusinasi, frekuensi, situasi pencetus, dan respon</p>	<p>sebanyak 14 responden mengalami halusinasi pendengaran sedang (51,9 %)</p> <p>2. Setelah dilakukan Terapi Okupasi atau post test sebanyak penurunan halusinasi pendengaran sebanyak 5 dari 27 responden (18,5 %) yang mengalami gangguan halusinasi pendengaran berat, 10 responden (37,0 %) mengalami gangguan halusinasi pendengaran sedang, dan 12 responden (44,4 %) mengalami gangguan halusinasi ringan. Membuktikan bahwa adanya pengaruh setelah dilakukan terapi okupasi.</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

3	Psikoreligius Terhadap Perubahan Persepsi Sensorik Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di RSUD Arjawinangun Kabupaten Cirebon R. Nur Abdurkhman, Muhammad Azka Maulana	Penelitian Kuantitatif menggunakan metode Terapi Dzikir	Quasy Experimental dengan pendekatan one grup pre – post test	60 Responden	1. Terapi Psikoreligius, Dzikir 2. Persepsi Sensorik 3. Pasien dengan Gangguan Jiwa Halusinasi Pendengaran	60 responden memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Menggunakan instrumen angket persepsi sensorik dan SOP terapi dzikir	Uji T-test Non – probability sampling	Sebelum melakukan terapi dzikir mengalami persepsi sensori dengan frekuensi sering sebanyak 37 responden (61,7 %). Setelah melakukan terapi dzikir, responden mengalami persepsi sensorik dengan fruekensi dengan yang jarang sebanyak 48 responden (60,0 %). Perubahan persepsi sensori pada pasien halusinasi pendengaran dengan perbedaan rata-rata persepsi sensorik sebelum terapi dzikir adalah 2,80 dan setelah terapi dzikir adalah 1,62.
---	--	---	---	--------------	--	---	---------------------------------------	---

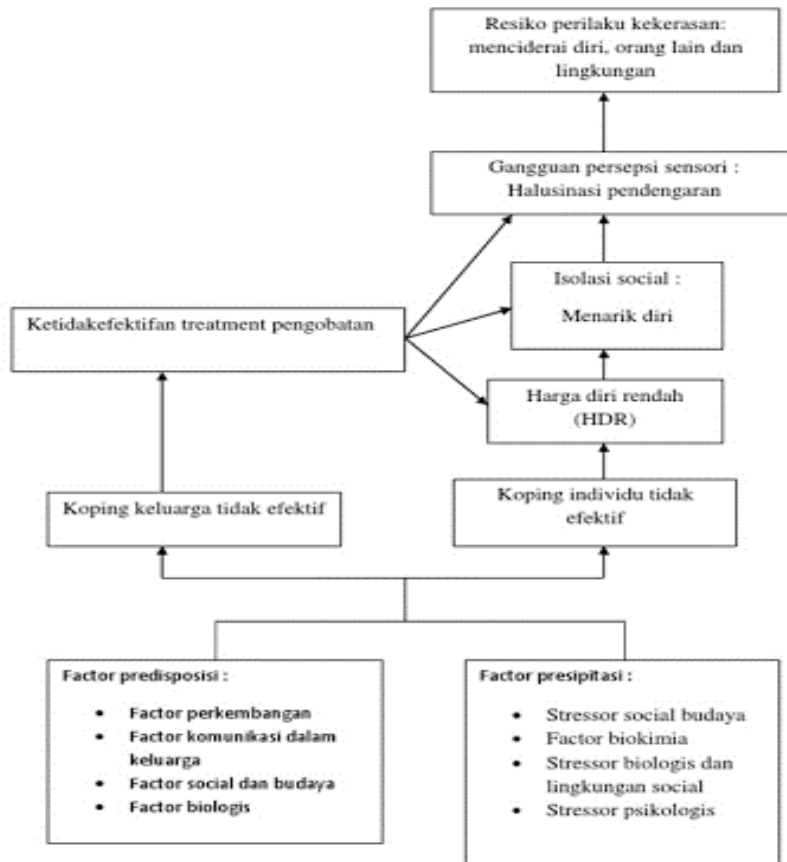
4	<p>Efektivitas Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pasien Ruang Cempaka Di RSJ Prof. Dr. Ildrem Medan</p> <p>Murni Aritonang</p>	<p>Penelitian pra-experiment yang menggunakan rancangan one grup pre – post test</p>	<p>Quasy Experimental dengan pendekatan one grup pre – post test</p>	<p>8 Responden</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi Aktifitas Kelompok 2. Stimulasi Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pendengaran 3. Pasien dengan Gangguan Jiwa Halusinasi Pendengaran 	<p>Menggunakan metode observasi (pengamatan) dengan menggunakan format sesi TAK yang sudah ada</p>	<p>Uji – T dependent</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan pasien mengontrol hausinasi dengan menghardik : Pre-test pasien yang mampu dan tidak mampu menghardik halusinasi frekuensinya sama yaitu 4 (50,0%) dari 8 responden 2. Melakukan kegiatan TAK : sebanyak 3 responden (37,5 %) tidak mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan post test dikarenakan pasien lebih asyik dengan halusinasinya 3. Bercakap-cakap dengan orang lain : Pada pre-test sebanyak 7 responden (87,5%) tidak mampu melakukannya. Sedangkan pada saat post-test hanya 3 responden (37,5%) yang termasuk dalam kategori tidak mampu bercakap-cakap dengan orang lain
---	---	--	--	--------------------	---	--	--------------------------	---

										<p>4. Patuh minum obat : Pada pre-test sebanyak 4 (50 %) dari 8 responden. Sedangkan pada post-test hanya 1 responden (12,5 %) yang tidak patuh minum obat dikarenakan pasien mengatakan jika minum obat membuat lidahnya kotor dan merasa tidak enak di mulut</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5	<p>Peningkatan Kemampuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi Melalui Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi</p> <p>Livana PH, Imroati Istibsyaroh Ar Ruhimat, Sujarwo, Titik Sureni, Kandar, Arief Nughroho</p>	<p>Metode Deskriptif Analitik</p>	<p>Quasy Experiment dengan pendekatan one group pre – post test</p>	<p>20 Responden</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi Aktivitas Kelompok 2. Stimulasi Mengontrol Halusinasi 3. Pasien dengan gangguan jiwa halusinasi pendengaran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instrumen A yang terdiri dari data demografi yang berisi tentang jenis kelamin, usia, dan tingkat pendidikan 2. Instrumen B terdiri 14 pernyataan terkait kemampuan mengenal dan mengontrol halusinasi. 	<p>Uji Chi - Square</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagian besar pasien halusinasi berusia dewasa yaitu 21 – 40 tahun. 2. Mayoritas responden berpendidikan SLTP 3. Pre-test : Dari 20 responden mayoritas dalam kategori halusinasi sedang (65 %) dan sebanyak 7 (35 %) responden dalam kategori halusinasi ringan. 4. Post-test : Sebanyak 12 (60 %) responden berada dalam kategori halusinasi ringan 5. Ada peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi sebesar 41% melalui terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi
---	--	-----------------------------------	---	---------------------	---	---	-------------------------	---

2.6 Proses Terjadinya Halusinasi Pendengaran

2.6.1 *Web of Caution* Halusinasi Pendengaran



Gambar 2.6 WOC Halusinasi

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini akan dijelaskan hasil dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi pada tanggal 14 – 16 Desember 2021 di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

Klien merupakan seorang perempuan bernama Ny. D berusia 40 tahun, klien tinggal di daerah Surabaya, klien beragama Islam, klien sudah menikah dan memiliki 2 orang anak, klien tinggal bersama ibu, suami dan kedua anaknya. Dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Desember 2021 pada pukul 10.00 WIB. Klien dirawat pada tanggal 9 Desember 2021, nomor rekam medik 02xxxx, klien dirawat di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, anamnesa diperoleh dari klien, perawat dan rekam medis.

3.1.2 Alasan Masuk

Pada saat pengkajian klien tidak mengetahui alasannya mengapa ia dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Tetapi dari rekam medis serta perawat yang merawat klien dibawa ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan tangan terikat karena 5 – 6 bulan klien sering memukul orang disekitarnya, alasannya karena klien mengaku mendengarkan bisikan-bisikan yang menyuruhnya untuk memukul. Klien juga terkadang ingin masuk kedalam sumur akibat suara bisikan yang ia dengar.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Pada tahun 2011 klien pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan kasus yang sama. Di karenakan klien tidak rutin mengkonsumsi obat yang telah diberikan sehingga membuat klien sering kambuh lagi dan bertambah parah.

2. Pengalaman kekerasan dalam keluarga

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kekerasan maupun tindakan yang kurang menyenangkan di masa lalu.

Masalah Keperawatan : Ketidakpatuhan

3. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan bahwa anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

4. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kekerasan maupun tindakan yang kurang menyenangkan di masa lalu.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – tanda vital :

TD : 131/91 mmHg N : 111X/menit S : 36,6°C RR : 22x/menit

2. TB : 150 cm BB : 75 kg

3. Keluhan fisik : Pada saat pengkajian tidak ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.5 Psikososial

1. Genogram

Klien tinggal bersama ibu, suami, dan kedua anaknya.

Anak pertamanya laki-laki dan anak keduanya perempuan.

2. Konsep Diri

- a. Gambaran Diri : Klien mengatakan bahwa ia menerima kondisi fisiknya
- b. Identitas Diri : Klien dapat menyebutkan jenis kelaminnya dan menerima dirinya sebagai perempuan, seorang ibu dan seorang istri.
- c. Peran Diri : Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang ibu dari 2 anak dan juga seorang istri.

- d. Ideal Diri : Klien mengatakan ingin pulang dan bertemu dengan anaknya. Klien merasa menyesal hingga menangis karena mempunyai keinginan untuk memukul.
- e. Harga Diri : Klien mengatakan kalau ia menyesal dan merasa bersalah karena kondisi yang dialaminya saat ini.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti :
Klien mengatakan bahwa orang yang berarti dalam hidupnya adalah anaknya.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :
Klien lebih banyak menyendiri baik itu pada saat dirumah maupun selama ia dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :
Klien mengatakan bahwa ia tidak terlalu suka berbicara maupun berkumpul dengan orang banyak.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan ;
Klien mengatakan bahwa dirinya beragama Islam
- b. Kegiatan Ibadah :
Klien mengatakan bahwa dirinya jarang beribadah

Masalah Keperawatan : Distress Spiritual

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan :

Pada saat pengkajian penampilan klien tidak rapi. Terkadang mengenakan pakaian yang terbalik dan rambut tidak rapi.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

2. Pembicaraan :

Saat pengkajian ketika klien ditanya ia menjawab dengan lambat tetapi dengan nada yang keras.

Masalah Keperawatan : Gangguan Komunikasi Verbal

3. Aktivitas Motorik :

Ketika pengkajian klien Nampak tegang, gelisah, dan pandangan mata tajam. Ketika diajak untuk mengikuti kegiatan di ruangan klien menolak dan memilih untuk kembali ke ruangnya karena merasa mendengar bisikan-bisikan yang menyuruhnya untuk memukul.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

4. Alam Perasaan :

Saat pengkajian klien mengatakan putus asa dengan kondisinya saat ini. Rasa ingin memukul sehingga membuat anaknya tidak mau dekat dengannya membuatnya merasa frustrasi hingga ingin bunuh diri.

Masalah Keperawatan : Resiko Bunuh Diri

5. Afek :

Saat pengkajian klien Nampak seperti menahan rasa marah, pandangan mata tajam dan tidak tenang. Tetapi jika membahas tentang anaknya klien akan bereaksi secara emosional (menangis).

Masalah Keperawatan : Resiko Ketidakberdayaan

6. Interaksi selama wawancara :

Klien nampak tegang, melotot dan terkesan tidak suka dan tidak nyaman ketika diberi pertanyaan yang beruntut.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

7. Persepsi Halusinasi :

Klien mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk memukul. Frekuensi dari suara bisikan tersebut sering muncul terutama ketika klien sendiri. Klien mengatakan tidak mampu menahan rasa ingin memukul ketika suara tersebut menyuruhnya.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

8. Proses Pikir :

Ketika diajak berbicara klien menjawab lambat dan nampak berpikir. Terkadang juga tidak ingin menjawab pertanyaan yang diberikan.

Masalah Keperawatan : Gangguan Komunikasi Verbal

9. Isi Pikir :

Saat pengkajian, klien mampu menjawab walaupun tidak semua pertanyaan dijawab dan menjawab dengan lambat. Klien juga tidak nampak mengalami *flight of ideas*.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

10. Tingkat Kesadaran :

Saat pengkajian, klien tidak mampu menjelaskan waktu yaitu jam dan hari pada saat pengkajian. Klien nampak bingung.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

11. Memori :

Saat dikaji, klien tidak mampu menjelaskan mengapa ia sampai dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Klien hanya mengingat jumlah anaknya, nama anaknya, tinggal dirumah dengan siapa, dan nama klien.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung :

Saat dikaji, klien mudah beralih ketika diberi pertanyaan dan sulit berkonsentrasi.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

13. Kemampuan Penilaian :

Klien mampu menjawab ketika diberi pilihan dan mampu memutuskan tindakan apa yang ingin dia lakukan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

14. Daya Tilik Diri :

Saat dikaji, klien tidak mampu menjelaskan alasan mengapa ia bisa dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

3.1.7 Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan :

Klien mampu memenuhi kebutuhan secara mandiri

2. Kegiatan hidup sehari - hari :

a. Perawatan diri :

Mandi : Mandiri

Kebersihan : Mandiri

Makanan : Mandiri

BAB/BAK : Mandiri

Ganti pakaian : Mandiri

b. Nutrisi :

Kebutuhan nutrisi klien terpenuhi selama dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Frekuensi makan 3x sehari. Porsi makan klien hanya setengah dan tidak dihabiskan karena klien sering merasa mual.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

c. Tidur :

Klien mengatakan tidak ada masalah pada pola tidurnya. Waktu tidur malam klien adalah pukul 20.00 WIB dan bangun pagi pukul 06.00.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Kemampuan klien dalam

Klien sudah dilatih untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari sendiri. Seperti makan 3x sehari, mandi pada pagi hari dan sore, cara berpakaian yang benar serta minum obat secara teratur setelah makan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

4. Klien memiliki system pendukung

Klien mengatakan system pendukungnya adalah ibu dan anaknya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi
Klien mengatakan lebih suka tidur dibandingkan berinteraksi dengan orang lain atau beraktivitas dengan kelompok.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri

3.1.8 Mekanisme Koping

Klien berespon lambat ketika diberi pertanyaan, terkesan menghindar dan tidak suka jika diberi pertanyaan. Klien tidak paham dengan kondisinya sekarang dan nampak bingung. Klien tidak mampu menyelesaikan masalahnya.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik
Klien tidak dikucilkan tapi menghindar dari sekitarnya.
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik
Klien lebih suka menyendiri dibandingkan berinteraksi dengan orang lain.
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik
Tidak terkaji.
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik
Klien tidak bekerja karena sakit yang dideritanya.
5. Masalah dengan perumahan, spesifik
Klien tinggal dengan ibu, suami, dan juga 2 anaknya.
6. Masalah ekonomi, spesifik
Yang menanggung biaya sehari-hari adalah ibu dan suaminya.
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik
Klien sudah beberapa kali masuk ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dikarenakan kurangnya dukungan keluarga, termasuk kepatuhan dalam mengkonsumsi obat.
8. Masalah lainnya, spesifik
Tidak ada.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Saat dikaji, klien tidak mengetahui tentang penyakit jiwa yang dideritanya, faktor penyebab, dan cara mengatasinya.

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan

3.1.11 Aspek Medis

Diagnosa Medis : F.20 Paranoid Skizofrenia

Terapi Medik :

- Trihexyphenidol 2 mg
Dosis : 2 x 1
Indikasi : Mengendalikan otot dan pergerakan, tremor
- Clozapine 25 mg
Dosis : 2 x 1
Indikasi : Mengatasi gejala psikosis
- Cetirizine 10 mg
Dosis : 2 x 1
Indikasi : Meredakan gejala atau keluhan alergi

3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan

1. Ketidakpatuhan
2. Isolasi Sosial : Menarik Diri
3. Distress Spiritual
4. Defisit Perawatan Diri
5. Gangguan Komunikasi Verbal
6. Resiko Perilaku Kekerasan
7. Resiko Bunuh Diri
8. Resiko Ketidakberdayaan
9. Halusinasi Pendengaran
10. Gangguan Persepsi Sensori
11. Koping Individu Tidak Efektif
12. Defisit Pengetahuan

3.1.13 Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Sidoarjo, 20 Juni 2022

Mahasiswa

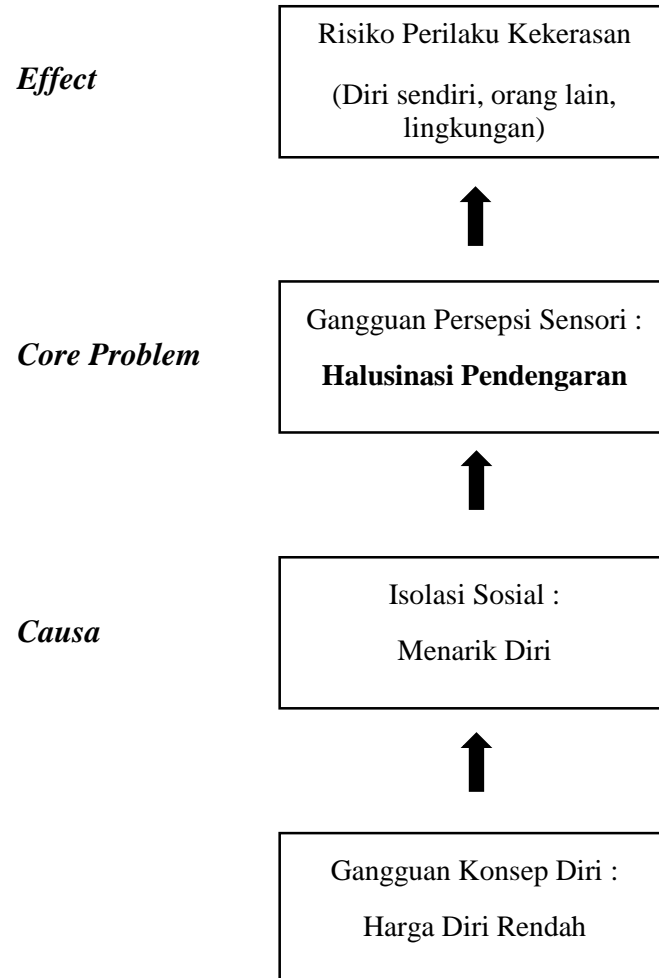
Nathalia Windasari

3.2 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

Tgl	Analisa Data	Masalah	TTD
14 Des 2021	<p>DS : Klien mengatakan tidak mampu menahan rasa ingin memukul tiap kali bisikan-bisikan itu muncul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tegang dan melotot - Klien nampak gelisah 	Risiko Perilaku Kekerasan (SDKI D. 0146 Hal 312)	NW
14 Des 2021	<p>DS : Klien mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang menyuruhnya untuk memukul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak menyendiri - Klien nampak berbicara sendiri - Klien sering melamun dan tidak dapat berkonsentrasi 	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (SDKI D. 0085 Hal 190)	NW
14 Des 2021	<p>DO : Klien mengatakan lebih suka menyendiri dikamar daripada mengikuti kegiatan atau aktivitas kelompok diruangan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak menyendiri - Klien tidak berminat mengikuti aktivitas kelompok 	Isolasi Sosial : Menarik Diri (SDKI D. 0121 Hal 268)	NW

3.3 Pohon Masalah



Gambar 3.3 Pohon Masalah

3.4 Intervensi Keperawatan

Nama : Ny. D

No. RM : 02XXXX

Ruangan : Ruang Flamboyan

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

No	Tgl	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Tindakan Keperawatan
			Tujuan	Kriteria Hasil	
1	14 Des 2021	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	SP 1 : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya 2. Klien mampu mengenali halusinasinya 3. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik klien mampu memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian	1. - Klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat - Menunjukkan rasa sayang - Ada kontak mata - Mau berjabat tangan - Mau menjawab salam - Mau menyebutkan nama - Mau duduk berdampingan dengan perawat - Mau mengutarakan masalah yang dihadapi 2. Klien mampu menyebutkan : waktu, isi, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, serta respon dari halusinasi 3. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2. Identifikasi jenis, isi, frekuensi, situasi halusinasi klien 3. Ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien

				4. Klien dapat memasukkan cara bercakap-cakap dengan orang lain	
			<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat Membina hubungan saling percaya 2. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Klien mampu memasukkan ke dalam jadwal harian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu berorientasi dengan baik dan pasien mampu mengingat nama perawat 2. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik 2. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien dan kontrak waktu selanjutnya 3. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain 4. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
			<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat Membina hubungan saling percaya 2. Evaluasi SP2, mempraktekkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain 3. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu berinteraksi dengan baik 2. Klien mampu mempraktikkan kembali hasil dari SP 2 (Bercakap- cakap dengan orang lain) 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya 2. Evaluasi klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien) 4. Anjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian

			<p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat Membina hubungan saling percaya 2. Evaluasi SP 3 yaitu tentang mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal 3. Memberikan penjelasan kepada klien tentang minum obat secara teratur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu berinteraksi dengan baik 2. Klien mampu mempraktikkan kembali SP 3 (Cara mengontrol halusinasi dngan cara melakukan aktivitas terjadwal) 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat dan klien dapat menyebutkan nama/ jenis obat, warna obat, waktu obat diminum, fungsi obat dan efek samping obat yang diminum 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya 2. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 4. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
--	--	--	---	---	---

3.5 Tindakan Keperawatan

Nama : Ny. D

No. RM : 02XXXX

Ruangan : Ruang Flamboyan

Tabel 3.5 Tindakan Keperawatan

Tgl	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	TTD
14/12/ 2021	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	<p>10.00 WIB</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</p> <p>P : “Selamat pagi bu, perkenalkan nama saya perawat Nathalia. Saya perawat yang dinas pagi ini, boleh saya tau nama ibu siapa?”</p> <p>K : Nama saya D</p> <p>P : “Bolehkan kita mengobrol sebentar tentang apa yang ibu D rasakan?”</p> <p>K : “Iya”</p> <p>P : “Baiklah bu, berapa lama kita akan mengobrol? Bagaimana kalau 20 menit?”</p> <p>K : “ Iya mbak”</p> <p>P : “Kalau begitu ibu mau mengobrol dimana?”</p>	<p>S : Klien mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk memukul</p> <p>O : Kognitif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mau menyebutkan nama - Klien bersedia diajak berbicara dengan perawat - Klien mampu menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan <p>Psikomotor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menghardik halusinasinya setelah tindakan SP 1 	

		<p>K : “Disini saja mbak” (Di kamar)</p> <p>P : “Baik bu D”</p> <p>2. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi halusinasi klien</p> <p>P : “Bu kalau boleh saya tau apa yang ibu dirasakan sekarang?”</p> <p>K : “Takut mbak”</p> <p>P : “Kenapa ibu merasa takut?”</p> <p>K : “Saya dengar suara – suara bisikan yang menyuruh saya memukul”</p> <p>P : “Apakah suara itu sering muncul?”</p> <p>K : “Iya”</p> <p>P : “Ketika ibu mendengar suara bisikan itu, apa yang ibu lakukan?”</p> <p>K : “Saya takut. Saya ingin memukul”</p> <p>P : “Suara itu muncul saat apa?”</p> <p>K : “Gatau mbak”</p> <p>3. Ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</p>	<p>Afektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu merasakan manfaat dari cara menghardik halusinasi <p>A :</p> <p>SP 1 teratasi 1 teratasi, lanjutkan SP 2 (Menghardik halusinasi dengan bercakap-cakap)</p> <p>P :</p> <p>Perawat : Mengevaluasi kembali cara menghardik halusinasi, melanjutkan dan mengajarkan cara kedua mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>Pasien : Diharapkan klien berlatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik secara mandiri, dan masukkan kedalam jadwal harian secara mandiri</p>	
--	--	---	--	--

		<p>P : “Bu, saya ada cara untuk menghardik suara bisikan itu. Saya ajarkan, setelahnya ibu coba tirukan ya?”</p> <p>K : “Iya mbak”</p> <p>P : “Jadi, kalau ibu mendengar bisikan tersebut ibu langsung usir bisikan itu dengan cara menutup kedua telinga dan berkata ‘pergi pergi jangan ganggu saya! Kamu suara palsu’. Gitu ya bu. Diulangi terus menerus sampai suara itu hilang. Sekarang coba ibu tirukan ya”</p> <p>K : “Pergi pergi! Jangan ganggu saya! Kamu palsu!”</p> <p>P : “Nah benar bu seperti itu. Nanti kalau suara bisikan itu muncul lagi, ibu mencoba cara tersebut sampai suara itu hilang”</p> <p>K : “Iya mbak”</p> <p>4. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien</p> <p>P : “Bu, saya kan sudah mengajarkan cara menghardik. Bagaimana kalau besok kita belajar lagi cara menghardik suara bisikan tersebut?”</p>		
--	--	--	--	--

		K : “Iya mbak”		
15/12/2021	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	<p>13.00 WIB</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik</p> <p>P : “Selamat siang bu. Saya perawat Nathalia yang kemarin mengobrol dengan ibu. Apakah ibu D masih ingat saya?”</p> <p>K : “Iya mbak”</p> <p>P : “Bagaimana kabar ibu D hari ini?”</p> <p>K : “Baik mbak”</p> <p>2. Evaluasi kegiatan jadwal klien dan kontrak waktu selanjutnya</p> <p>P : “Bagaimana dengan cara menghardik yang kemarin saya ajarkan? Apakah sudah ibu praktekan?”</p> <p>K : “Sudah mbak”</p> <p>P : “Apa yang ibu rasakan setelah melakukan cara menghardik tersebut? Apakah ibu merasa lebih baik?”</p> <p>K : “Iya mbak”</p>	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan masih mendengar suara bisikan tetapi dengan frekuensi yang tidak sesering dulu/jarang</p> <p>O :</p> <p>1. klien mampu mengingat nama perawat</p> <p>2. klien mau memperagakan bagaimana cara menghardik dan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap</p> <p>A :</p> <p>Secara afektif, motorik dan psikomotor :</p> <p>1. Klien mampu melakukan aktivitas terjadwal seperti membersihkan tempat tidur, menyapu, dan mengikuti senam</p> <p>P :</p> <p>Perawat : Evaluasi kembali cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain, dan anjurkan</p>	

		<p>P : “Apa ibu masih mendengar suara bisikan itu?”</p> <p>K : “Jarang mbak”</p> <p>P : “Bisa coba ibu praktekan lagi bagaimana cara menghardik?”</p> <p>K : “Iya mbak” (Klien mempraktekan dengan cara yang sama seperti kemarin)</p> <p>P : “Ya benar bu seperti itu”</p> <p>3. Latih klien cara mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap cakap dengan orang lain</p> <p>P : “Bu, sesuai kesepakatan kemarin, hari ini saya akan mengajarkan ibu bagaimana cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap atau berbicara dengan orang lain”</p> <p>K : “Iya mbak”</p> <p>P : “Jadi, setiap kali ibu mulai mendengar suara bisikan itu ibu D bisa langsung mengajak teman atau perawat yang ada disini untuk mengobrol agar suara bisikan itu tidak terdengar lagi. Jangan merasa takut. Suara itu tidak akan</p>	<p>untu sering berlatih, lanjutkan cara yang ke tiga yaitu melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal</p> <p>Pasien : Diharapkan klien berlatih melakukan aktivitas harian secara mandiri</p>	
--	--	--	---	--

		<p>muncul jika ibu D aktif berbicara dengan teman-teman ibu. Seperti itu bu, apakah ibu mengerti? Nanti dicoba ya”</p> <p>K : “Iya mbak”</p> <p>4. Mengajukan klien memasukkan kedalam jadwal harian</p> <p>P : “Nah bu D, cara yang barusan saya ajarkan pada ibu ini kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan yaa, sama seperti kemarin”</p> <p>K : “Iya mbak tidak apa-apa”</p>		
16/12/2021	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	<p>09.00 WIB</p> <p>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik</p> <p>P : “Selamat pagi bu D. Bagaimana kabarnya hari ini?”</p> <p>K : “Baik mbak”</p> <p>P : “Apakah ibu masih ingat dengan saya?”</p> <p>K : “Mbak Nathali”</p> <p>P : “Ya, benar sekali ibu”</p>	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan sudah jarang mendengar suara bisikan tersebut</p> <p>O :</p> <p>1. Klien dapat mengingat nama perawat</p>	

		<p>2. Evaluasi klien dengan cara mengontrol halusinasi bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>P : “Bu D, kemarin kan kita sudah belajar bagaimana cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap, apakah ibu sudah mempraktekkannya?”</p> <p>K : “Sudah mbak”</p> <p>P : “Bagaimana perasaan ibu setelah mengobrol dengan teman?”</p> <p>K : “Merasa lebih baik mbak”</p> <p>P : “Apa ibu masih mendengar suara bisikan itu?”</p> <p>K : “Masih mbak, tapi jarang sekali”</p> <p>3. Latih klien dengan mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan yang bisa dilakukan klien</p>	<p>2. Klien mampu menjawab dan memperagakan ketiga cara tersebut</p> <p>A :</p> <p>Secara afektif, motorik dan psikomotor :</p> <p>1. Klien mampu melakukan aktivitas terjadwal seperti membersihkan tempat tidur, menyapu, dan berolahraga (senam)</p> <p>P :</p> <p>Perawat : Evaluasi dan latih kembali mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan yang bisa dilakukan, lanjutkan SP selanjutnya yaitu mengkonsumsi obat secara teratur</p> <p>Pasien : Diharapkan klien berlatih aktivitas terjadwal secara mandiri</p>	
--	--	---	--	--

		<p>P : “Bu, sekarang ibu saya latih dalam melakukan aktivitas terjadwal ya. Jadi kegiatan ibu selama disini apa saja?”</p> <p>K : “Merapihkan tempat tidur, kalau pagi senam, setelah itu berbicara dengan teman dikamar”</p> <p>P : “Setelah senam pagi apakah ibu sering mengobrol atau melakukan aktivitas lainnya?”</p> <p>K : “Tidak mbak”</p> <p>P : “Nah jadi begini bu, bagaimana jika senam atau olahraga kita jadikan kegiatan rutin setiap hari buat ibu, apakah ibu bersedia?”</p> <p>K : “Iya mbak”</p> <p>P : “Jadi setiap pagi ibu bisa senam atau melakukan olahraga kecil, setelahnya ibu bisa mengobrol dengan teman sekamar bu D agar tidak menyendiri dan mendengar suara bisikan-bisikan itu lagi”</p> <p>K : “Baik mbak, saya akan coba”</p>		
--	--	--	--	--

		<p>4. Anjurkan memasukkan ke dalam jadwal harian</p> <p>P : “Bu D, semua yang saya sudah ajarkan kepada ibu tentang bagaimana cara mengontrol halusinasi ibu jangan sampai terlupa ya. Semua kita masukkan ke dalam kegiatan harian ibu, supaya ibu tidak mendengar suara bisikan itu lagi dan ibu bisa lekas pulang ya”</p> <p>K : “Iya mbak”</p>		
--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. D Dengan Diagnosa Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Menurut data yang didapat pasien pertama kali dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya di Ruang Flamboyan pada tanggal 9 Desember 2021 dengan diagnosa medis Skizofrenia. Pasien juga pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada tahun 2011. Pengobatan sempat berhasil tetapi klien mengalami kekambuhan karena tidak rutin mengkonsumsi obat yang telah diberikan.

Dalam tinjauan pustaka disebutkan jika pasien dengan resiko perilaku kekerasan akibat Halusinasi Pendengaran. Dimana Halusinasi timbul karena pasien mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk memukul, sehingga menyebabkan pasien memukul orang lain.

Pada tanda dan gejala dalam tinjauan pustaka masalah yang dituliskan menurut Hamid (2000) dalam Damaiyanti (2012) perilaku pasien yang terkait dengan Halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Bicara sendiri
2. Senyum sendiri
3. Ketawa sendiri
4. Menggerakkan bibir tanpa suara
5. Pergerakan mata yang cepat

6. Respon verbal yang lambat
7. Menarik diri dari orang lain
8. Berusaha untuk menghindari orang lain
9. Tidak dapat membedakan yang nyata dan yang tidak nyata
10. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah
11. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik
12. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori
13. Sulit berhubungan dengan orang lain
14. Ekspresi muka tegang
15. Mudah tersinggung, jengkel dan marah
16. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat
17. Ketakutan
18. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan

Dari beberapa kesenjangan tinjauan pustaka maka dapat disimpulkan bahwa ada beberapa perilaku pasien yang muncul pada tinjauan kasus, hal ini 71 sesuai dengan teori menurut Hamid (2000) dalam Damaiyanti (2012), bahwa tanda dan gejala pasien Halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Menarik diri dari orang lain, pasien suka terlihat menyendiri didalam kamar. Saat dikaji respon pasien lebih banyak diam dan menjawab seadanya.
2. Bertindak memukul orang lain sebelum dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Pernah mengancam akan membunuh anaknya dan mencoba melompat ke dalam sumur. Dari beberapa kesenjangan antara tinjauan kasus dan teori, maka dapat disimpulkan bahwa hampir semua yang terdapat dalam tinjauan teori ada beberapa yang muncul pada tinjauan kasus dengan sedikit dinamika yang lebih kompleks.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus, didapatkan data fokus pasien sering mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk memukul. Bisikan itu muncul pada saat pasien sendiri. Pada saat muncul bisikan tersebut pasien hanya diam dan berusaha melakukan apa yang suara tersebut perintahkan. Sehingga munculnya

diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, hal ini sesuai dengan teori menurut Nanda (2012) bahwa batasan karakteristik keperawatan pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi adalah perubahan dalam respon yang biasa dalam stimulus dan halusinasi.

Adapun diagnosa keperawatan klien yang muncul klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
3. Isolasi Sosial : Menarik Diri
4. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Namun dari 4 masalah keperawatan diatas, kami ambil 1 masalah utama tunggal yang kami tetapkan untuk dilakukan rencana dan tindakan keperawatan yaitu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. Dalam penegakan diagnosa terdapat kesenjangan dalam masalah keperawatan, jika dalam tinjauan pustaka terdapat 3 masalah keperawatan utama yang mengacu pada pohon masalah untuk tinjauan kasus tidak karena banyak beberapa faktor pendukung munculnya masalah tambahan dalam pengambilan masalah keperawatan, misalnya seperti risiko perilaku kekerasan yang mengakibatkan klien memukul orang lain. Maka dalam tinjauan kasus dan tinjauan pustaka berbeda karena dalam tinjauan kasus malah keperawatan yang muncul lebih kompleks.

4.3 Perencanaan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran setelah berinteraksi diharapkan pasien dapat menunjukkan tanda - tanda percaya pada perawat, ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa saling senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, menjawab salam, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi, hal ini sesuai teori menurut Keliat (2006).

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran setelah berinteraksi diharapkan pasien menyebutkan isi, waktu frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, respon pasien saat halusinasi muncul (marah, takut, sedih, senang, cemas, jengkel), setelah berinteraksi pasien menyebutkan tindakan yang bisa

dilakukannya untuk mengontrol halusinasinya, setelah berinteraksi pasien menyebutkan cara mengontrol halusinasinya dengan menghardik halusinasinya, hal ini sesuai dengan teori Keiliat (2006).

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pasien dapat mendemostrasikan bercakap – cakap dengan orang lain, hal ini sesuai dengan teori menurut Keiliat (2006).

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran setelah berinteraksi diharapkan pasien menyebutkan manfaat minum obat, kerugian minum obat, nama, warna, dosis dan efek samping, hal ini sesuai dengan teori menurut Keiliat (2006).

4.4 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan pada situasi nyata implementasi sering kali jauh lebih berbeda dengan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat setelah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang difikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan pasien saat ini. Sesuai dengan teori, pada saat akan melaksanakan tindakan perawat membuat kontrak/janji terlebih dahulu dengan pasien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan pasien. Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon pasien, namun direncana tindakan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus, di implementasi menggunakan strategi pelaksanaan sesuai dengan kriteria keperawatan.

Pada tanggal 14 Desember 2021 dilakukan SP 1 yang isinya mencakup: perawat membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, respon, dan mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. Dalam pertemuan pertama pasien mau menyebutkan nama dan asalnya lalu pasien juga mendengar suara bisikan yang mengancam dirinya akan dibunuh, bisikan itu muncul ketika pasien tidak sedang beraktifitas melainkan sedang sendirian, saat mendengar suara bisikan itu pasien hanya diam dan terkadang menuruti isi perintah bisikan tersebut yaitu memukul. Pada pelaksanaan SP 1 pasien tidak ada hambatan

yang terjadi saat hasil wawancara respon pasien secara verbal dari mulai perkenalan pasien, selanjutnya menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan.

Pada tanggal 15 Desember 2021 dilakukan SP 2 yang isinya mencakup : pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan di dalam pelaksanaan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan teman sekamar saat halusinasi itu muncul. Secara obyektif pasien bisa menyebutkan cara pertama mengontrol halusinasi, pasien mampu mempraktekannya. Untuk asumsi penulis, pasien mampu mempraktekkan dari mulai cara menghardik sampai dengan cara bercakap-cakap dengan temannya.

Pada tanggal 16 Desember 2021 dilakukan SP 3 yang isinya mencakup : mengevaluasi latihan bercakap-cakap dengan temannya, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien setiap hari), menganjurkan pasien memasukkan kegiatan menghardik dan bercakap-cakap. Secara obyektif pasien tampak antusias dalam menceritakan kegiatan dan pasien tampak tenang. Untuk asumsi penulis, pasien mampu mempraktekkan cara memasukkan kegiatan yang terjadwal sesuai yang perawat ajarkan.

4.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut subjektif (respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan), objektif (respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan), assessment (analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada) dan plan (tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan atau rencana dimodifikasi) (Anggit, 2021).

Pada saat pelaksanaan evaluasi SP 1 setelah dilakukan tindakan keperawatan klien mau membalas salam, berjabat tangan, menyebutkan nama, mampu

mengungkapkan isi halusinasi, frekuensi, dan repon apa yang diberikan ketika halusinasi tersebut muncul. SP 2 setelah dilakukan tindakan keperawatan klien menghardik halusinasi sesuai dengan cara yang telah diajarkan pada klien. SP 3 setelah dilakukan tindakan keperawatan klien paham dan mampu menyampaikan menghardik halusinasi dan menontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. SP 4 setelah dilakukan tindakan keperawatan klien paham dan mampu mengtrol halusinasi dengan melakukan aktivitas harian di ruangan agar tidak mendengar suara halusinasi tersebut. Perawat menilai kemampuan mandiri klien dan memasukkan kedalam jadwal harian, hasil evaluasi pada Ny. D sudah selesai dengan masalah teratasi sebagian.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien halusinasi pendengaran.

5.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Halusinasi pendengaran, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan pada Ny. D dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, didapati bahwa halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus/rangsang dari luar. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, penanganan klien pada halusinasi pendengaran perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga yang profesional.
2. Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada Ny. D dengan diagnosa medis skizofrenia di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, didapatkan 3 masalah keperawatan antara lain yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, isolasi sosial : menarik diri, resiko perilaku kekerasan.
3. Rencana keperawatan yang diberikan kepada klien. Strategi yang diberikan kepada klien ada 4 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 bertujuan untuk membantu klien mengenali halusinasinya yaitu mencakup isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi

yang menyebabkan halusinasi muncul lalu respon klien saat halusinasi muncul. Melatih klien mengontrol halusinasi yaitu cara pertama dengan cara menghardik, SP 2 yaitu melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, SP 3 yaitu melakukan aktivitas terjadwal, dan yang SP 4 yaitu melatih klien minum obat secara teratur karena dengan minum obat secara teratur.

4. Implementasi dilakukan mulai tanggal 14 – 15 Desember 2021 dengan menggunakan rencana yang telah dibuat, selama tiga hari klien belum mampu untuk mengontrol halusinasinya sampai dengan hari ketiga.
5. Evaluasi didapatkan hasil bahwa klien sudah mampu untuk mengenal jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasinya
6. Dokumentasi kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksanaan, yang didokumentasikan adalah pendapat klien atau data subjektif yang dikatakan klien, data objektif yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assesment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah lagi pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pelayanan yang ada dirumah sakit terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia.

3. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan mahasiswa tentang ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

Yosep dan Sutini, T. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.

Anggraini, Karina. (2013). *Pengaruh Menghardik terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Dengar Pada Pasien Skizofrenia di RSJD Dr. Aminogonduhutomo Semarang*.

Direja. A. H. (2011). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika

Hawari, Dadang. (2009). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: FKUI

Kaplan, HI, Saddock, BJ & Grabb, JA., (2010). *Kaplan-Sodack Synopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara

Keliat & Akemat. (2010). *Model Praktik Keperawatan Professional Jiwa*. Jakarta: EGC.

Struart, G.W.(2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa, edisi 5 (Alih Bahasa Oleh Ramona.P . Kapoh, Egi Komara Yudha)*. Jakarta: Elsevier

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DIAGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :

HALUSINASI PENDENGARAN

(Pertemuan ke – 1 : 14 Desember 2021)

1. Proses Keperawatan

- a. Kondisi Klien : Klien tampak tegang
- b. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
Pendengaran
- c. Tujuan :
 - 1) Klien dapat mengenal Halusinasinya
 - 2) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara yang pertama, yaitu menghardik halusinasi.
- d. Tindakan Keperawatan :
 - 1) Membantu pasien mengenal halusinasinya
 - 2) Mendiskusikan dengan pasien tentang isi halusisansi yang didengar
 - 3) Mengkaji waktu terjadinya halusinasi
 - 4) Mengkaji frekuensi terjadinya halusinasi
 - 5) Mengkaji situasi yang menyebabkan halusinasi muncul
 - 6) Mengkaji respon pasien saat halusinasi itu muncul

2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

- a. Orientasi
 - 1) Salam Terapeutik
“Selamat pagi bu? Perkenalkan nama saya Nathalia. Saya mahasiswa dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Ibu namanya siapa? Sukanya dipanggil siapa?”
 - 2) Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan ibu D hari ini? Apa yang terjadi bu? Mengapa ibu bisa disini?”

3) Kontrak

Topik : “Bagaimana jika kita mengobrol tentang bisikan yang sering ibu dengar?”

Waktu : “Bagaimana jika kita mengobrol selama 15 menit?”

Tempat : “Ibu mau mengobrol dimana? Bagaimana jika disini saja.”

(Di kamar klien)

b. Kerja

- 1) “Apakah ibu D mendengar suara bisikan namun tidak ada wujudnya?”
- 2) “Apa yang dikatakan oleh suara itu?”
- 3) “Kapan suara itu muncul?”
- 4) “Disituasi seperti apa ibu mendengar suara itu?”
- 5) “Apakah suara itu sering muncul?”
- 6) “Apa yang ibu lakukan ketika suara itu muncul?”
- 7) “Bagaimana perasaan ibu ketika suara itu muncul?”
- 8) “Apa dengan cara tersebut suara itu tidak muncul?”

Nah, ibu D saya ajarkan cara untuk mencegah suara tersebut agar tidak muncul? Ada 4 cara untuk mencegah agar suara tersebut tidak muncul, yaitu dengan menghardik suara tersebut : Menjelaskan cara menghardik halusinasi, memperagakan cara menghardik halusinasi, mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal dan minum obat secara teratur.

Nah, kita belajar cara pertama terlebih dahulu ya bu yaitu dengan menghardik halusinasi, jadi jika ibu mendengar suara tersebut, ibu bisa katakan “Pergi sana! Kamu suara bohong! Kamu suara palsu, aku tidak percaya!” (sambil menutup telinga). Begitu berulang sampai suara itu tidak terdengar lagi, sekarang coba ibu peragakan cara yang saya ajarkan tadi.

c. Terminasi

1) Evaluasi Subjektif

“ Bagaimana perasaan ibu sekarang setelah mengobrol dengan saya dan saya ajarkan cara menghardik?”

2) Evaluasi Objektif

“Apakah ibu masih ingat cara yang saya ajarkan tadi? Coba ibu D sebutkan!”

3) Rencana tindak lanjut

“Bagaimana jika kita buat jadwal latihan lagi? Apakah ibu bersedia?”

4) Kontrak yang akan datang

Topik : “Bu, sampai disini dulu ya pertemuan kita. Besok kita mengobrol lagi. Apakah ibu bersedia? Kita akan membahas cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi lagi ya bu.

Waktu : “Besok jam 1 siang ya bu selama kurang lebih 15 menit? Apa ibu bersedia?”

Tempat : Besok kita latihan disini ya bu (Di kamar klien)

Lampiran 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DIAGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :

HALUSINASI PENDENGARAN

(Pertemuan ke – 2 : 15 Desember 2021)

1. Proses Keperawatan

- a. Kondisi Klien : Klien tampak gelisah
- b. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
Pendengaran
- c. Tujuan :
Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara yang kedua yaitu mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain.
- d. Tindakan Keperawatan :
 - 1) Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara yang pertama
 - 2) Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu dengan bercakap – cakap dengan orang lain
 - 3) Menjelaskan cara bercakap – dengan orang lain

2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

- a. Orientasi
 - 1) Salam Terapeutik
“Selamat siang bu. Apakah ibu masih ingat dengan saya? Bagaimana perasaan ibu D hari ini?”
 - 2) Evaluasi/validasi
“Apakah ibu masih mendengar suara bisikan itu? Apa ibu sudah mempraktekkan cara yang sudah saya ajarkan kemarin? Bisa coba ibu praktekkan lagi?”

3) Kontrak

Topik : “Hari ini kita akan melakukan cara control halusinasi yang kedua ya bu. Cara yang kedua adalah ketika ibu mulai mendengar suara bisikan itu bu D bisa langsung mengajak teman ibu untuk mengobrol.”

Waktu : “Sesuai dengan kesepakatan kita kemarin, siang ini kita akan mengobrol kurang lebih 15 menit ya bu?”

Tempat : “Kita mengobrol disini saja ya bu.” (Di kamar klien)

b. Kerja

Cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi adalah dengan mengobrol atau bercakap – cakap dengan oranglain. Jadi, jika ibu mulai mendengar suara itu ibu bisa langsung mengajak ngobrol teman ibu atau perawat yang ada disini. Contohnya ibu berkata “Saya mendengar suara bisikan itu lagi. Ayo kita mengobrol”. Sekarang tolong coba praktekkan dengan saya. Nah benar bu seperti itu.

c. Terminasi

1) Evaluasi Subjektif

“ Bagaimana perasaan ibu sekarang setelah mengobrol dengan saya dan saya ajarkan bagaimana cara mengontrol halusinasi denganm bercakap – cakap dengan orang lain?”

2) Evaluasi Objektif

“Ada berapa cara yang sudah saya ajarkan pada bu D? Tolong coba ibu sebutkan.”

3) Rencana tindak lanjut

“Bagaimana jika kita buat jadwal latihan lagi? Apakah ibu bersedia?”

4) Kontrak yang akan datang

Topik : “Bu, sampai disini dulu ya pertemuan kita. Karena waktunya sudah lebih dari 15 menit dan ibu juga perlu istirahat siang. Besok

kita mengobrol lagi ya bu. Apakah ibu bersedia? Kita akan membahas cara yang ketiga untuk mengontrol halusinasi lagi ya bu.
Waktu : “Besok jam 9 pagi ya bu selama kurang lebih 15 menit lagi?
Apa ibu bersedia?”
Tempat : Besok kita latihan disini ya bu (Di kamar klien)

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DIAGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :

HALUSINASI PENDENGARAN

(Pertemuan ke – 3 : 16 Desember 2021)

1. Proses Keperawatan

- a. Kondisi Klien : Klien tampak lebih tenang
- b. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- c. Tujuan :
Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara yang ketiga yaitu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal.
- d. Tindakan Keperawatan :
 - 1) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
 - 2) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien.
 - 3) Melatih klien melakukan aktivitas.
 - 4) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.
 - 5) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan.

2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

- a. Orientasi
 - 1) Salam Terapeutik
“Selamat siang bu. Bagaimana perasaan ibu D hari ini?”
 - 2) Evaluasi/validasi

“Apakah ibu masih mendengar suara bisikan itu? Apa ibu sudah mempraktekkan cara yang sudah saya ajarkan kemarin? Bisa coba ibu praktekkan lagi?”

3) Kontrak

Topik : “Hari ini kita akan melakukan cara control halusinasi yang ketiga ya bu. Cara yang ketiga adalah dengan melakukan aktivitas terjadwal ya bu.”

Waktu : “Sesuai dengan kesepakatan kita kemarin, pagi ini kita akan mengobrol kurang lebih 15 menit ya bu?”

Tempat : “Kita mengobrol disini saja ya bu.” (Di kamar klien)

b. Kerja

Cara ketiga untuk mengontrol halusinasi yaitu dengan melaksanakan aktivitas sehari - hari secara terjadwal. “Apa saja kegiatan yang ibu lakukan ketika berada disini?”. “Kegiatan apa saja yang dilakukan ibu seharian?. Coba sebutkan”, “Oh begitu ya bu?”. “Nah bu, bagaimana jika mulai hari ini kita membuat jadwal kegiatan harian? Apa ibu bersedia?” “Mari kita buat catatan kegiatan agar tidak lupa ya bu”. “Kegiatan pertama di pagi hari ibu bisa mengawali dengan mandi supaya tubuh terasa segar. Kemudian yang kedua, ibu bisa nerapikan tempat tidur ibu setiap pagi. Setelahnya ibu bisa mengikuti jadwal senam pagi yang sering dilakukan disini ya bu. Atau ibu D bisa mengobrol dengan teman ibu yang ada disini”, “Mulai hari ini kita coba untuk melalui aktivitas terjadwal ibu D ya bu?”. “Bagus sekali bu”.

c. Terminasi

1) Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan ibu D setelah kita belajar bagaimana cara mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga tadi?”

2) Evaluasi Objektif

“Ada berapa cara yang sudah saya ajarkan pada bu D? Tolong coba ibu sebutkan.”

3) Rencana tindak lanjut

“Bagaimana jika kita buat jadwal latihan lagi? Apakah ibu bersedia?”

4) Kontrak yang akan datang

Topik : “Bu, sampai disini dulu ya pertemuan kita. Karena waktunya sudah lebih dari 15 menit dan ibu juga perlu istirahat siang. Besok kita mengobrol lagi ya bu. Apakah ibu bersedia? Kita akan membahas cara yang terakhir atau keempat untuk mengontrol halusinasi lagi ya bu.

Waktu : “Besok jam 8 pagi ya bu selama kurang lebih 15 menit lagi? Apa ibu bersedia?”

Tempat : Besok kita latihan disini ya bu (Di kamar klien)

